FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1912

THÈSE N° 267

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Par **J. RIBEROL**

Né à Bracieux (Loir-et-Cher) le 7 décembre 1881
Ancien interne des Hôpitaux

DE

L'UTILISATION DES PINCES A DEMEURE

COMME MOYEN D'HÉMOSTASE

DANS

QUELQUES CAS DE CHIRURGIE ABDOMINALE

Président : M. SEGOND, *professeur.*

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1912

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	WEISS.
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	ACHARD.
Pathologie médicale	WIDAL. TEISSIER.
Pathologie chirurgicale	N...
Anatomie pathologique	Pierre MARIE.
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	HARTMANN.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	MARFAN.
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	DEBOVE. LANDOUZY. GILBERT. CHAUFFARD.
Maladies des enfants	HUTINEL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE.
Clinique chirurgicale	Pierre DELBET. QUENU. RECLUS. SEGOND.
Clinique opthalmologique	De LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	N...
Clinique d'accouchements	BAR. PINARD. RIBEMONT-DESSAIGNES.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.

BALTHAZARD	DESGREZ	LECÈNE	OMBREDANNE
BERNARD	DUVAL (Pierre)	LENORMANT	PROUST
BRANCA	GOUGEROT	LEQUEUX	RATHERY
BRINDEAU	GREGOIRE	LERI	RETTERER
BROCA (André)	GUENIOT	LŒPER	RICHAUD
BRUMPT	GUILLAIN	MACAIGNE	ROUSSY
CAMUS	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
CARNOT	JOUSSET (André)	MORESTIN	SCHWARTZ
CASTAIGNE	LABBÉ (Marcel)	MULON	SICARD
CHEVASSU	LANGLOIS	NICLOUX	TERRIEN
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	NOBÉCOURT	TIFFENEAU
COUVELAIRE		OKINCZYC	ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MON PÈRE

Que je veux remercier ici de ses leçons qui sont les premières que j'ai reçues et surtout de me fournir tous les jours l'exemple d'une vie parfaite de probité professionnelle.

A MA GRAND'MÈRE

A MON FRÈRE

AMICIS

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE TOURS

M. BARNSBY, directeur honoraire
de l'École de Médecine

MM. les Drs LE DOUBLE, MEUNIER,
DELAGENIÈRE, LAPEYRE,
BARNSBY, ANDRÉ, WOLFF

A MES MAITRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

Externat

M. le Dr OULMONT

La Charité (1904-1905).

M. le Dr COMBY

Enfants Malades (1905-1906).

Internat provisoire 1906-1907

M. le Dr MICHON

Hôpital Dubois.

M. le Professeur agrégé THIÉRY

Ivry-Tenon.

Internat

M. le Professeur LE DENTU

Hôtel-Dieu (1907-1908).

M. le Dr MORESTIN

Hôpital Dubois (1908-1909).

M. le Dr RIEFFEL

Saint-Louis (1909-1910).

M. le Dr OMBRÉDANNE

Saint-Louis (1910-1911).

M. le Professeur SEGOND

La Salpêtrière (1910-1911).

A MM. les Drs AUVRAY, BAUDET, CUNÉO, MAUCLAIRE, MICHON

A J. THIERRY DE MARTEL ET G. PASCALIS

A MON CHER MAITRE LE Dr COMBY

AU Dr SERGENT, A MON COLLÈGUE LE Dr BURNIER

Je me plais à rappeler la reconnaissance que je leur dois ; leur affectueux dévouement m'a sauvé la vie.

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professseur Paul SEGOND

de l'Académie de Médecine

Je vous demande, mon cher maître, de croire à ma vive affection et à toute ma reconnaissance. Vous me permettrez de ne vous ménager ni l'une ni l'autre ; je reste encore votre obligé. De tous les enseignements recueillis auprès de vous, comment ne pas se souvenir par-dessus tout « de la divine bonté qui méprise toute jalousie » (Dante).

DE

L'UTILISATION DES PINCES A DEMEURE

COMME MOYEN D'HÉMOSTASE

DANS

QUELQUES CAS DE CHIRURGIE ABDOMINALE

AVANT-PROPOS

L'évolution de la chirurgie abdominale, dans ces vingt dernières années, a rendu singulièrement bénignes nombre d'interventions qui auraient paru, autrefois, vouées à un insuccès fatal.

C'est là un constatation banale, mais si l'on réfléchit à ce qu'étaient les premières opérations portant par exemple sur les organes génitaux de la femme, on saisit très vite l'importance qu'ont prise dans la chirurgie actuelle la forcipressure d'abord, l'asepsie absolue ensuite, et, par surcroît, quelques modifications dans la façon de procéder : telles par exemple la position de Trendelenburg, l'isolement exact du champ opératoire, etc...

Les chirurgiens, actuellement, donnent leurs légitimes préférences aux interventions bien réglées et cher-

chent par tous les moyens en leur pouvoir à simplifier au maximum l'ennui des suites opératoires. C'est de cet état d'esprit que sont nés certains perfectionnements de technique tels que le drainage vaginal, la péritonisation, les ligatures résorbables. Ces méthodes elles-mêmes ssnt subordonnées à l'asepsie la plus rigoureuse. On comprendrait mal, en effet, la mise en place d'une ligature même résorbable dans des tissus infestés sur un pédicule souillé de pus. La ligature dans ce cas après avoir rempli son office, se comporte comme un corps étranger et si elle n'est pas éliminée devient immédiatement la source d'une suppuration interminable, d'une fistule de quelquefois très longue durée.

Aussi a-t-on l'occasion de voir encore de temps à autre de malheureuses femmes porteurs d'un ou plusieurs orifices fistuleux venant s'ouvrir au-dessus du pubis et laissant suinter un pus jaunâtre, d'odeur fade. Ces fistules passent par de cruelles alternatives de mieux et de pire, laissant tout d'un coup espérer à la malade la fermeture rapide et venant quelques jours après la replonger dans son ennui. A l'origine de ces trajets il y a souvent un catgut ou un fil de soie qu'il est d'ailleurs extrêmement pénible de déloger. La durée de ces suppurations se chiffre par mois, et on doit à tout prix les éviter.

Bien entendu ces complications éloignées ne se produisent pas souvent. Elles sont liées avant tout à la nature des lésions qui ont motivé l'intervention et on doit à ce point de vue diviser les malades en deux catégories bien distinctes. D'abord celles qui peuvent espérer voir leurs lésions rétrocéder dans une large mesure

sous l'influence d'un traitement approprié, repos au lit, glace sur le ventre, etc., et celles qui après deux, trois mois, et même plus, voient leur état à peine modifié. Les premières peuvent et doivent bénéficier de la chirurgie réglée, très propre, classique à l'heure actuelle, et que nous aimons par-dessus tout ; mais les autres ne peuvent attendre indéfiniment ; outre que les lésions ne régressent pas il n'est pas indifférent de laisser longtemps, sans danger pour les autres viscères, un foyer suppuré dans un petit bassin. Nous devons compter aussi sur cette catégorie très nombreuse de malades auxquelles des nécessités urgentes commandent un prompt retour à la santé. Or à celles-ci le chirurgien n'a pas le droit de refuser son intervention, affaire à lui de choisir le mode opératoire qui conviendra.

L'idée de terminer certaines interventions abdominales en laissant des pinces à demeure revient sans contestation possible à Péan. C'était chez lui un procédé de nécessité absolue que font bien saisir les conditions dans lesquelles il opérait. La position de Trendelenburg n'était pas encore connue et dans beaucoup de cas Péan devait être gêné par la masse des anses intestinales. Il lui était difficile alors de poser commodément des ligatures sur les pédicules vasculaires.

De fait dans ses volumes de clinique, Péan rapporte de nombreuses observations où il dut laisser des pinces mais cette manière de faire lui semble un pis-aller auquel il lui est difficile de se soustraire et il semble préférer de beaucoup l'emploi des ligatures.

Ce que Péan faisait pour ainsi dire, en passant, et sans

y attacher beaucoup d'importance ; nous avons vu notre maître, M. le professeur Segond, le faire de propos délibéré. Nous relatons les observations où il a eu recours à ce procédé. Nous avons eu l'occasion non seulement de voir ses opérées dans les jours qui ont suivi l'intervention mais plusieurs mois après. Nous nous sommes ainsi rendu compte qu'il convenait d'envisager cette manière de faire avec une certaine attention car nous sommes convaincu que dans beaucoup de cas elle peut rendre d'immenses services. Nous nous efforcerons de montrer que ses inconvénients ne sont pas aussi sérieux qu'ils le paraissent au premier abord et que, enfin, après tout, ce n'est qu'un pis-aller, mais un pis-aller raisonné et qui, si nous osons dire, a fait ses preuves.

A dire vrai, rien ne peut paraître plus éloigné des pratiques chirurgicales modernes que cette manière de terminer une opération. Non seulement on semble faire table rase des notions acquises et mises au point depuis vingt ans mais il semble qu'ainsi on lance de gaieté de cœur les malades dans une suite interminable de complications. Nous verrons qu'il n'en est rien.

Assurément ce procédé ne s'applique pas aux lésions peu accentuées : aux fibromes sans adhérences, aux salpingites bien refroidies et facilement énucléables, aux petites tumeurs pelviennes parfaitement aseptiques : le chirurgien n'est jamais maître des lésions contre lesquelles il doit intervenir ; il ne lui est jamais loisible de les modifier notablement, il doit cependant faire bénéficier de son intervention tous les malades auxquels elle peut rendre service.

Il reste bien entendu, d'autre part, et ceci est de toute évidence, qu'il est toujours possible de terminer, autrement que par des pinces à demeure, des interventions même très laborieuses, mais il nous semble que le chirurgien y emploiera beaucoup plus de temps. Or, dans quelques-uns de ces cas, le temps pendant lequel nous maintenons nos malades sous anesthésie est certainement un facteur capital pour ou contre la bonne marche ultérieure des événements.

Il convient, d'autre part, de se souvenir que les malades ne réalisent pas très souvent les cas types dans lesquels on peut poursuivre idéalement une intervention et plutôt que de vouloir faire malgré tout une opération conforme à des techniques impeccables, il vaut mieux dans un certain nombre de cas « aller vite ». Ce faisant, nous avons la certitude que nous rendrons à nos malades un grand service immédiat peut-être même leur sauverons-nous l'existence.

Quand ce résultat est obtenu, même au prix de quelques inconvénients auxquels on peut facilement remédier, il convient, non pas précisément de s'en faire gloire, mais de penser qu'on aurait aimé à être traité de même.

Nous avons recueilli dans les cliniques de Péan un certain nombre d'observations dans lesquelles il a assuré l'hémostase en laissant des pinces à demeure.

Voici ses observations :

OBSERVATIONS DE PÉAN (Péan)

Observation 64 (1er volume des cliniques).

Malade âgée de 60 ans envoyée à Paris par le Dr Isambert. Kyste multiloculaire. Juin 1872.

Adhérences à peu près générales avec la paroi abdominale et les viscères. Ponction d'une grande loge : 18 litres. Ablation de la partie aréolaire par la méthode de morcellement.

Énormes vaisseaux surtout dans la moitié droite du bassin, comprimées d'abord à l'aide de pinces. Absence de pédicule, large implantation sous-péritonéale depuis l'utérus auquel la tumeur adhère jusqu'au cœcum et à l'appendice vermiculaire dans toute la fosse iliaque droite et le fond du bassin.

On recourt d'abord à la cautérisation de toute la surface d'implantion par le fer rouge après avoir préalablement jeté une ligature en masse autour des surfaces à cautériser ; un gros vaisseau de l'utérus donne ; en le saisissant avec une pince, des caillots formés sur les surfaces cautérisées se détachent, d'où hémorragie ; alors nouvelle ligature en masse serrée au moyen du ligateur Cintrat, quelques ligatures perdues sur les vaisseaux moins importants, enfin six pinces à demeure sont laissées. On place à l'angle inférieur les pinces hémostatiques, les deux liens métalliques, celui de la ligature en masse et celui qui avait été placé sur le gros vaisseau de l'utérus qui avait donné tout à coup. Guérison.

Observation 89 (résumée)

Deux kystes de l'ovaire contenant onze litres de liquide, le gauche s'étant rompu six semaines auparavant. Le pédicule du gros kyste est fixé à l'angle inférieur ; celui du petit très court est saisi avec des pinces qui sont laissées à demeure. Guérison.

Observation 107 (résumée)

Ablation d'un énorme kyste de l'ovaire ayant dédoublé le ligament large et ayant donné huit jours auparavant à la ponction 48 litres de liquide verdâtre et filant.

Péan fixe le pédicule et laisse à demeure une quinzaine de pinces hémostatiques.

Drainage abdomino-vaginal. Guérison.

Observation 155 (résumée)

Kyste en partie aréolaire contenu dans le ligament large, une loge suppurée. Incision du ligament large. Six pinces à demeure. Guérison.

Observation 156

Kyste du ligament large avec adhérences mésentériques et intestinales. Vingt pinces à demeure furent laissées au fond du bassin.

Mort le deuxième jour par péritonite (?)

Observation 197

Tumeur énorme dépassant l'ombilic de 4 travers de doigt. Résection épiploïque importante. 30 pinces à demeure.

Amputation sus-vaginale de l'utérus.

Poids du fibrome : 16 kgr. 500.

Durée de l'opération : six heures.

Dans ces interventions les pinces que Péan laissait à demeure appartenaient au modèle qu'il avait fait construire. Peut-être était-ce celles qu'il avait fait établir en 1868 par Guéride.

Ce n'est qu'en 1873 qu'il fit construire les premières pinces en T ou en cœur, pour opérer un énorme kyste hémato-purulent et multiloculaire de l'ovaire. La malade mourut d'ailleurs de shock le troisième jour.

Il est difficile de savoir exactement l'importance que Péan attachait à cette manœuvre. Il est vraisemblable qu'il cherchait le plus possible à s'en passer pour donner sa légitime préférence aux ligatures. On éprouve d'ailleurs l'impression en parcourant ses observations que s'il avait élargi les indications de cette façon de procéder il aurait perdu moins de malades. De ce fait, la durée des interventions aurait été diminuée, l'hémostase assurée plus rapidement, enfin il aurait réalisé ainsi un drainage très satisfaisant de la cavité pelvienne de ses opérées.

Ce sont ces interventions exécutées devant une nombreuse assistance qui ont contribué avant tout à « lancer » la forcipressure. Il nous est difficile d'imaginer maintenant le retentissement considérable qu'avaient ces séances opératoires et l'on peut dire que chaque modification dans la manière de faire du chirurgien de Saint-Louis était colportée très loin.

L'assistance qui se pressait autour du maître était

avant tout frappée par l'habileté opératoire de Péan et souvent par les dimensions énormes des tumeurs enlevées ; mais parmi cette foule on trouvait assurément des chirurgiens qui accordaient toute leur attention non seulement au manuel opératoire proprement dit mais à l'instrumentation qu'ils voyaient.

Or quelques-uns des visiteurs de Saint-Louis avaient pu loin de Paris voir opérer un autre chirurgien qui ne le cédait en rien à Péan ni comme habileté ni comme audace chirurgicale : Kœberlé de Strasbourg.

Les luttes de Péan et de Kœberlé sont demeurées fameuses : chacun d'eux revendiquant comme sienne l'idée d'appliquer des pinces sur des vaisseaux pour arrêter l'hémorragie. A dire vrai la question peut paraître oiseuse à discuter maintenant, le silence s'est fait sur des paroles dont beaucoup paraissent amères. Le temps a consacré dans notre pays la gloire de Péan en donnant son nom aux pinces à forcipressure que nous appelons plus communément des pinces à mors plats et dont sont dérivés tous les autres modèles.

A-t-on fait à Kœberlé sa part dans cet événement de si grande importance chirurgicale qu'était la propagation de la forcipressure ? C'est ce que nous examinerons en nous aidant de ce qu'ont écrit et Péan et Kœberlé. Nous tâcherons aussi de recueillir si possible le « son de cloche » des contemporains.

RÉSUMÉ HISTORIQUE DE LA FORCIPRESSURE

La discussion entre Péan et Kœberlé ne portait pas principalement, comme on pourrait le croire, sur la façon d'utiliser les pinces à forcipressure pendant les interventions. Chacun d'eux prétendait avoir, le premier, rendu inutile la pose des ligatures en pinçant les vaisseaux pendant un certain temps. Accessoirement leur polémique s'est égarée dans la question de la fabrication des pinces.

Ce qui semble prouver que la discussion avait l'objet que nous lui assignons, c'est le titre même de la brochure que fit paraître Kœberlé en 1893 :

« L'hémostase définitive, rapide, par les pinces hémos-
« tatiques et la suppression des ligatures eut été inven-
« tées à Strasbourg en 1867 par E. Kœberlé. »

Comme le faisait remarquer Verneuil à la Société de Chirurgie, le fait de pincer un vaisseau sanguin soit isolément, soit au milieu des tissus qui l'entourent ne constituait pas une nouveauté absolue. Il semble bien que ce soit Desault qui ait eu recours le premier à cette pratique. Verneuil l'indique dans son mémoire ; Delage

dans sa thèse en 1878 et l'auteur de l'article Forcipressure du Dictionnaire de Dechambre lui adjoignent Percy.

C'est pour remédier à une hémorrargie secondaire à l'artère fémorale qu'il eut l'idée de la comprimer entre deux petites palettes de bois reliées entre elles par des fils convenablement serrés (Delage) assurément cette manœuvre si simple en apparence avait dû venir à l'esprit de quelques chirurgiens même avant Desault. Son importance leur avait sûrement échappé, au surplus auraient-ils eu rarement l'occasion de renouveler cette tentative.

En 1805 Paletta pour arrêter une hémorragie du cordon à la suite d'une castration eut l'idée de le comprimer au moyen d'une pince spéciale. Mais toutes ces tentatives restaient isolées quand en 1810 parut le premier document recommandant la forcipressure d'une manière bien nette et bien entendu sans l'appeler par son nom. C'était la thèse de Duret intitulée : « De la « compression immédiate de l'artère dans l'opération « de l'anévrysme. »

Avant Duret on se bornait, pour faire disparaître les tuméfactions anévrysmales, à comprimer circulairement le membre au-dessus de l'anévrysme ; il préconisa une manœuvre singulièrement hardie pour l'époque : c'était de dégager l'artère aux abords de l'anévrysme et de la comprimer directement entre le pouce et l'index ou mieux au moyen d'une pince ; la pince anévrysmale de Duret. C'était la première application de la forcipressure prolongée, nous pourrions même dire définitive puis-

que Duret laissait l'instrument en place jusqu'à disparition complète des battements de l'artère.

Dans son mémoire lu à la Société de Chirurgie Verneuil raconte qu'on assiste alors à une véritable éclosion de pinces anévrysmales et tout le monde revendiquait l'invention de la pince presse-artères.

Il semble d'ailleurs que cette méthode n'eut qu'un succès passager puisqu'il faut attendre jusqu'en 1860 pour assister à ce que Verneuil appelle la « Renaissance « de l'aplatissement des artères en Angleterre et en « France ».

En 1808 cependant le Dr Ancelet de Vailly-sur-Seine eut l'ingénieuse idée, au cours d'une amputation de l'avant-bras, d'appliquer sur les artéres et artérioles des serres-fines qui suffisaient très bien à arrêter l'hémorragie.

Cette idée lui parut digne d'être prise en considération et il disait :

« C'est à l'expérience future à nous dire si ce pro-« cédé est susceptible d'une application générale ou s'il « doit être réservé seulement aux amputations de la « jambe, de l'avant-bras, etc. »

Pour lui, ajoute Verneuil, sous le rapport de la sécurité ce procédé ne le cède en rien à la ligature.

Il suffisait en effet d'ériger ce principe en méthode courante pour voir naître la forcipressure au cours des interventions chirurgicales.

Cette transformation devait être l'œuvre de Kœberlé.

Kœberlé

Au mois de juillet 1874, Kœberlé présidant la Société de Médecine de Strasbourg lut un mémoire sur la « Réunion des plaies ». On y trouve le passage suivant relatif aux pinces hémostatiques :

« Depuis dix ans, je me sers avec avantage pour tou-
« tes les opérations, de pinces hémostatiques particu-
« lières en forme de pinces à pansement très légères,
« dont les mors sont plats creusés et engrenés vers leurs
« bords par des rayures transversales.

« Ces instruments se placent facilement et rapidement
« avec un peu d'habitude au fur et à mesure que se produit
« une hémorragie. La perte de sang est ainsi diminuée
« d'une manière très notable. On peut les laisser en place
« pendant un quart d'heure, une demi-heure, jusque
« vers la fin de l'opération. Losqu'on les enlève, l'hémor-
« ragie est complètement arrêtée. Quant aux vaisseaux
« de gros calibre, qui ont été saisis par les mêmes pin-
« ces, le chirurgien lui-même peut les entourer alors
« très facilement d'une ligature, sans avoir presque
« recours à un aide, ainsi que cela est nécessaire lors-
« qu'on opère à la manière des anciens chirurgiens, en
« saisissant avec une pince simple ou à coulisse etc...,
« les vaisseaux à mesure que le sang en jaillit. »

Tout le passage serait à citer. Non seulement on y trouve cette affirmation que Kœberlé dès 1864 se servait de pinces *analogues* aux pinces à pansement de Charrière, modifiées d'abord par lui-même puis par Elser

(de Strasbourg) ; mais encore il donne des conseils qui n'étaient pas déplacés à cette époque.

Il insiste sur la propreté minutieuse avec laquelle il faut opérer et dit :

« Les mors des pinces à disséquer, des pinces hémos-
« tatiques, qu'il est difficile de nettoyer autrement, doi-
« vent toujours avoir été passées au feu. »

Plus loin ce sont les indications du drainage opératoire qui sont posées de la façon la plus nette.

« Pour prévenir les effets de l'accumulation du sang
« ou d'autres liquides entre les lèvres d'une plaie sur-
« tout lorsque l'hémostase n'a pu être opérée d'une
« manière parfaite il importe de ménager toujours une
« issue libre à la partie le plus déclive d'une surface
« traumatique soit dans l'incision même, soit à l'aide
« d'une petite incision spéciale à travers les tissus.

« Je me sers à cet effet de tubes en verre cylindriques
« émoussés aux deux extrémités, etc.... »

Ces lignes évidemment paraissent écrites d'hier.

Ce n'était pas cependant la première fois que le pincement des vaisseaux était exigé en méthode.

En 1868 Revilloutrédacteur à la *Gazette des Hôpitaux* fit un voyage à Strasbourg, au cours duquel il eut l'occasion de voir opérer Kœberlé. Il indique dans son article (1) de la façon la plus précise que Kœberlé se servait couramment de ses pinces à forcipressure et nous pourrions dire : comme nous le faisons actuellement. Sur chaque vaisseau sanguin sectionné, le chirurgien

1. *Gazette des Hôpitaux*, 1868, p. 297.

appliquait une pince que l'aide écartait du champ opératoire et qui était enlevée simplement à la fin de l'opération ou remplacée par une ligature.

Voici le passage en question de la *Gazette des Hôpitaux :*

« Le célèbre ovariotomiste emploie le plus souvent « la pression continue pour arrêter l'écoulement sanguin. « Il saisit la surface saignante à l'aide d'une pince à « pansement semblable à celle de Charrière et qu'un « écrou maintient serrée au point voulu. Les tissus sont, « pour ainsi dire, desséchés par cette pression très éner- « gique, et la pince est laissée en place pendant une « vingtaine de minutes ou plus encore, sans que sa « présence gène le moins du monde pour la suite de « l'opération. Une dizaine de pinces de cette espèce fu- « rent fixées ainsi à la surface interne de la paroi abdo- « minale chez une des malades opérées devant nous, pen- « dant que nous étions à Strasbourg et leur application, « qui arrêta parfaitement l'écoulement sanguin, fut des « plus faciles et des plus promptes. »

Ajoutons que dès 1862 Kœberlé applique la forcipressure dans un cas « d'urgence ».

« Au mois de décembre 1862, dans un cas d'hémor- « ragie secondaire de l'artère ovarique après la chute « de la ligature du pédicule, quatorze jours après l'ova- « riotomie, après avoir rouvert l'incision abdominale, « je saisis l'artère ovarique dans la profondeur avec « une pince à pansement qui resta en place pendant six « jours jusqu'à sa chute spontanée le dix-neuvième « jour après l'ovariotomie. »

Disons donc que Kœberlé, avant Péan, appliqua la forcipressure à la chirurgie générale. Que la pince de Kœberlé fut une modification de la pince à pansement de Charcien personne ne songe à le nier ; mais le fait important est que cette pince modifiée fut construite par Kœberlé lui-même :

« C'est en 1865 que je fis fabriquer par M. Elser « d'après *un modèle confectionné par moi-même*, des « pinces assez analogues comme forme aux pinces à « pansement de Charrière, avec des anneaux pour les « doigts, à articulation fixe, munies d'un encliquetage « destiné à les maintenir fermées, etc... Ce sont elles « que j'ai appelées successivement pince à cliquet, puis « pinces à pression et enfin pinces hémostatiques en « 1868 (1). »

Les discussions qui eurent lieu à Paris en 1874-1875-1876 eurent leur écho en Alsace et dans la *Gazette médicale de l'Est*. Gros publiait en 1876 sous le titre suivant un article qui serait à citer tout entier : *Les pinces hémostatiques des Drs Kœberlé et Péan et la forcipressure :* Après un rapide historique de la question, Gros ajoute :

« Si la pince hémostatique de Péan tend à se répan- « dre à Paris, la pince de Kœberlé est au moins aussi « répandue parmi nous. Non seulement M. Kœberlé l'em- « ploie dans toutes ses opérations mais nous avons vu « MM. Sédillot, Hergott, Bœckel s'en servir pendant « des ovariotomies, M. Stolz l'utilise pendant des extir-

1. Kœberlé. *De l'hémostase définitive par compression excessive*. Paris, 1877, p. 16.

« pations de sein, M. Roussel l'a employée dans une « opération analogue, moi-même depuis quatre ans je « m'en sers dans toutes mes opérations. »

Péan

Il semble bien que ce soit par Kœberlé que Péan ait eu l'idée de la forcipressure. Il y avait entre eux un ami commun le Dr Morpain « qui venait souvent à Stras- « bourg pour faire des visites à son père ».

« Le Dr Morpain tenait constamment M. Péan au cou- « rant de tout ce que je faisais à Strasbourg, où il a « assisté souvent à mes opérations jusqu'à sa mort en « 1870. C'est par le Dr Morpain surtout que M. Péan a « été initié à tous les détails de mes précautions minu- « tieuses en vue de l'asepsie des opérations et à tous « mes procédés. »

Assurément entre Kœberlé et Péan, hommes éminents tous les deux, dont la pensée était constamment tendue vers le même but, à la recherche de tous les perfectionnements nouveaux, les idées devaient être très souvent communes.

Il semble bien cependant que Kœberlé ait eu le premier certaines idées, par exemple celle du drainage abdominal après l'extirpation des énormes tumeurs de l'ovaire. Rien d'étonnant à ce que l'idée de la forcipressure ait fait rapidement son chemin dans l'esprit de Péan. Très vite il comprit le merveilleux parti que la chirurgie pouvait tirer de cette nouvelle idée et tout

se conjurait pour faire de lui le parrain de la forcipressure.

L'activité de son service de Saint-Louis, le nombre d'opérations qu'on y pratiquait, tout le forçait d'adopter la nouvelle technique qui diminuait notablement la durée des opérations.

L'opuscule sur la forcipressure de Deny et Exchaquet, les leçons de Péan parues en 1875 firent rapidement connaître la nouvelle méthode. Le nom de Péan l'illustrait déjà merveilleusement sans compter que sans doute elle ne manquait pas de critiques acerbes.

Dans le courant de l'année 1875, l'hémostase par pince fut baptisée forcipressure par Verneuil au début d'un rapport qu'il lut à la Société de Chirurgie.

Il devient évident que dès cette époque la forcipressure bénéficiait de l'importance que lui accordait l'école parisienne et les maîtres de la capitale, Strasbourg n'existait plus pour la médecine française.

Il convenait cependant de rappeler que la première pince hémostatique proprement dite avec cran d'arrêt avait été fabriquée en Alsace, de ses mains mêmes, par un homme qui avait très nettement posé les règles de son emploi et qui, de fait, l'employait au cours de ses interventions comme nous le faisons actuellement.

HÉMOSTASE DÉFINITIVE PAR FORCIPRESSURE

Les observations que nous apportons, dans lesquelles l'hémostase définitive fut réalisée par l'application de pinces à demeure montrent à quelles variétés de lésions ce procédé peut s'appliquer.

Annexites suppurées bilatérales.

Kystes suppurés des ovaires et des ligaments larges.

Fibromes adhérents ou dégénérés.

Kystes fœtaux.

Lésions utéro-salpingiennes dues à l'infection puerpérale.

Encore convient-il de faire remarquer que tous ces cas ne sont pas justiciables de la « pince à demeure ». C'est aux plus mauvais d'entre eux qu'il convient de réserver cette manière de terminer l'intervention.

L'observation n° 8 tirée de la pratique personnelle de notre maître M. le professeur Segond nous semble susceptible d'entraîner la conviction.

Il en est de même de l'observation n° 12 due à l'obligeance de T. de Martel.

Toutes les observations que nous apportons rentrent d'ailleurs dans la catégorie des cas les plus graves au cours desquels un chirurgien puisse intervenir.

Les indications de cette hémostase rapide ressortissent soit à la gravité des lésions rencontrées, soit à la gravité de l'état général qui commande une terminaison rapide de l'acte opératoire. Enfin, les deux conditions peuvent se trouver réalisées.

Indications

I. — *Indications tirées de l'état local.* — Les indications tirées de l'état local sont difficiles à préciser. Dans beaucoup de cas les lésions sont plus complexes que l'examen de la malade ne l'avait fait supposer et c'est seulement après l'ouverture du péritoine qu'on pourra se faire une opinion exacte sur l'étendue des lésions et leur nature. Encore ce simple examen ne sera-t-il pas souvent décisif et c'est à la fin seulement de l'intervention que sera prise la détermination ou de poser des ligatures ou de laisser les pinces à demeure.

C'est donc, en somme, le degré de septicité des lésions pelviennes qui guidera le chirurgien. Il sera, à la vérité, difficile de l'apprécier. Cependant l'étude des antécédents pourra fournir d'utiles indications.

Au cours de l'intervention, le petit bassin pourra être inondé de pus: le fait n'est pas rare que ce pus soit fétide ou non, il sera le plus souvent très septique et souillera infailliblement les fils à ligature des pédicules.

Cette éventualité constitue une indication de la pince à demeure.

Cette indication se retrouve plus précise encore quand l'utérus, les annexes, les ligaments larges, tout le tissu cellulaire du petit bassin est profondément infecté. Tel est le cas dans certaines suppurations pelviennes de longue date : nous en rapportons de nombreuses observations. Chez ces malades l'hémostase par forcipressure assurera à l'intervention une courte durée qui n'est pas à dédaigner et réalisera la suppression absolue de tout fil perdu.

Ces mêmes avantages nous semblent de nature à justifier la conduite tenue par M. Ricard en 1901 à l'occasion d'une malade en état d'infection puerpérale grave et sur laquelle il pratiqua une hystérectomie abdominale.

Chez ces malades, en effet, la gravité de l'état général s'allie aux désordres locaux souvent très importants pour commander au chirurgien une intervention rapide.

« Quiconque a vu de près l'état de dilacération, d'in-
« filtration sanguine du petit bassin et de la cavité
« abdominale même, de sa septicité très probable et des
« délabrements péritonéaux très lointains (rein opposé),
« comprendra qu'au point de vue des suites opératoi-
« res, le meilleur procédé ne peut être que l'hystérec-
« tomie totale avec drainage abdominal (1). »

Voici l'observation de M. Ricard telle qu'elle a été publiée dans les *Bulletins de la Société de Chirurgie de Paris* en 1901 lors de la discussion qui eut lieu sur le traitement chirurgical de l'infection puerpérale :

1. Congrès de Nantes, 1901.

Observation V (de M. Ricard) *Résumée.*

Bulletins et mémoires de la Société de Chirurgie, 1901.

Infection puerpérale. Hystérectomie abdominale totale douze jours après l'accouchement. Mort.

Mme L. B..., 32 ans, dix grossesses antérieures. Son onzième accouchement débute le 23 avril à deux heures du soir et se termine le 24 à une heure du matin.

Délivrance artificielle à cause de l'hémorragie et après la délivrance grand lavage intra-utérin au permanganate de potasse (15 litres). Le placenta examiné est complet sauf un peu de caduque. Des 26 avril au 7 mai on fait à la malade deux curettages ; du sérum artificiel, du sérum de Marmoreck.

M. Ricard appelé trouve une malade « avec sa connaissance « mais distinguant à peine les objets. Le ventre est ballonné, « le pouls est petit fuyant. » Je me décide à lui enlever l'utérus seule chance de salut qui lui reste.

Hystérectomie abdominale totale. — Procédé de gauche à droite. L'opération est très facile, menée très facilement ; en quelque minutes l'utérus est enlevé et les pinces sont laissées sur les ligaments larges, la malade étant trop bas pour donner le temps de faire des ligatures. Drainage abdominal.

L'utérus sectionné présente une teinte grisâtre. La muqueuse est couverte de granulations très proéminentes et semées de taches rouges et noires. L'odeur de la cavité utérine est fétide Il existe une phlébite des veines utérines, phlébite qui s'étendait aux ligament larges.

La malade malgré les injections de sérum meurt dans l'après-midi.

Il convient d'ailleurs de faire remarquer que si les indication de l'hystérectomie se trouvent en jour nettement posées dans certains cas d'infection puerpérale (1), on pourra avoir quelquefois recours à cet artifice pour terminer rapidement l'intervention.

On sait en effet combien l'état général de ces malades est mauvais, désespéré même parfois comme dans le cas rapporté par M. Ricard.

II. — *Indications tirées de l'état général.* — L'état général de la malade peut devenir à lui seul une indication pressante de rapidité opératoire.

Ces conditions se trouvent réalisées chez les femmes qui sont sous le coup d'une hémorragie grave ou profondément infectées.

Dans le premier cas les indications nous paraissent assez restreintes : l'ablation de l'annexe dans la rupture de grossesse tubaire se fait toujours le plus simplement du monde et dans un milieu aseptique.

Toute autre est la conduite à tenir par le chirurgien quand il doit intervenir au cours du travail chez la femme enceinte.

En cas de rupture interne, par exemple, on sait que l'extraction du fœtus par les voies naturelles présente toujours les plus graves difficultés et que l'obtention opératoire est un arrêt de mort pour la mère.

Après la laparotomie et l'extraction du fœtus la suture de la perforation n'est pas toujours possible et l'état de

1. Voir à ce sujet les discussions à la Société de Chirurgie de Paris en 1899 et 1901.

dilacération et d'infiltration du tissu utérin peut la rendre particulièrement pénible.

On pourra donc se trouver dans l'obligation de pratiquer une hystérectomie et plutôt que faire l'opération de Porro, on pourra, pressé par le temps, appliquer sur les pédicules des pinces qu'on y laissera. Le drainage abdominal et l'hémostase se trouveront ainsi réalisés dans le minimum de temps. La même indication d'hémostase par forcipressure prolongée pourra se présenter après une opération césarienne à la suite de laquelle le chirurgien se verra dans l'obligation de pratiquer l'ablation de l'utérus. L'observation n° 17 en est un exemple.

Dans la catégorie des femmes infectées, nous rangeons d'abord celles qui sont au cours d'un état puerpéral sérieux sous la menace de la septicémie.

Nous y comprenons aussi les malades porteurs de lésions salpingiennes de vieille date et chez lesquelles la gravité des phénomènes infectieux commande une prompte intervention. Tel était le cas chez la malade qui fait le sujet de l'observation n° 16.

Chez cette malade deux colpotomies antérieures n'avaient pu enrayer la marche des accidents et malgré l'amélioration passagère qui suivit la seconde colpotomie, il fut bien évident qu'on devrait bientôt se résoudre à pratiquer une intervention plus radicale. La malade s'affaiblissait de jour en jour, maigrissait à vue d'œil. C'est dans ces conditions qu'elle fut opérée le 17 novembre 1911 (1).

1. On pourrait s'étonner que dans le traitement de ces suppurations pelviennes nous ne parlions pas de l'hystérectomie va-

Il arrive enfin de temps à autre que dans le cours d'une intervention laborieuse, le shock opératoire s'accentue de façon à aggraver brusquement le pronostic immédiat de l'acte chirurgical ; chez ces malades la tension artérielle diminue brusquement, un refroidissement de mauvaise signification envahit les membres, en même temps que la face devient pâle et la respiration superficielle. Il ne suffit pas souvent d'interrompre l'anesthésie et de stimuler le myocarde ; le mieux est encore d'abréger autant que possible la durée de l'opération ; l'application de pinces à demeure pourra y pourvoir dans une large mesure. On en sera quitte pour les remplacer immédiatement par des ligatures si l'état général redevient bon avant la fermeture de la paroi.

ginale. Ses indications ont été et, à notre avis, restent encore nettement posées dans certains cas ; mais à l'époque où elles le furent d'une façon qui pouvait paraître définitive, la pathologie cœco-appendiculaire était entrée depuis peu de temps dans la pratique courante. En tout cas on commençait à peine de soupçonner les relations étroites susceptibles de porter des annexes à l'appendice une infection à point de départ utérin. La simultanéité de leurs lésions est, par ailleurs, assez fréquente pour qu'on s'interdise absolument la voie vaginale quand l'appendice est seulement soupçonné.

CRITIQUE GÉNÉRALE DE LA METHODE

Les avantages de l'hémostase définitive par l'application de pinces à demeure abdominales sont donc réels. Ses inconvénients ne sont pas comparables aux services qu'elle peut rendre. Nos observations en font foi.

Au surplus, convient-il de caractériser ce procédé en disant qu'il permet de terminer très rapidement des interventions laborieuses sans laisser de fils perdus dans un péritoine infecté et qu'il assure un large drainage de la cavité pelvienne.

Qu'il expose plus que tout autre aux éventrations tardives et que l'absence de péritonisation soit l'origine d'adhérences douloureuses pour la malade ; ce sont les premières objections qui viennent à l'esprit.

On y ajoutera si l'on veut la douleur due à la présence des pinces, pendant les trois premiers jours qui suivent l'opération et le séjour anormal au lit de ces opérées.

Ces reproches ne sont pas aussi graves qu'ils le paraissent et nous verrons, en examinant chacun d'eux, qu'il convient de ne pas se laisser impressionner par leur énumération.

1° Rapidité de l'acte opératoire et diminution notable du shock

Il est hors de doute, si l'on veut bien y réfléchir, que ce procédé abrège notablement la durée d'une opération. Une pince sur un pédicule qu'elle étreint solidement est toujours beaucoup plus vite posée que la plus rapide des ligatures. Les pédicules dans les cas dont nous nous occupons sont le plus souvent infectés depuis longtemps, entourés ou constitués eux-mêmes par des tissus lardacés très fragiles et qu'une ligature un peu serrée a les plus grandes chances de sectionner. Or là où une ligature coupe, une pince même à mors peu larges ne coupe pas et pour peu que la prise soit solide, elle restera en place sans aucune chance de glisser et en assurant une hémostase parfaite.

Si l'on pense que ces pédicules sont saisis aussitôt leur apparition, dans quelques cas même préventivement on comprend bien la rapidité avec laquelle l'intervention peut être terminée.

Cette rapidité de l'acte opératoire présente comme conséquence immédiate une diminution considérable du shock opératoire. Chez quelques-unes des malades que nous avons suivies, on peut même dire qu'il en manque totalement.

Assurément il est difficile de dire exactement ce qu'on entend par ce mot de shock grave ou non ; nous manquons de base certaine pour en mesurer la gravité.

Quand donc on observera chez une opérée, aussitôt remise au lit « une chute soudaine et une défaillance « de toutes les forces de corps » on sera en droit de conclure qu'elle est sous l'influence du shock. Or parmi tous les facteurs qui en sont la cause, la part la plus importante revient assurément à la durée de l'acte opératoire, à la durée de l'anesthésie et à la quantité d'anesthésique employé. Contre ce dernier inconvénient, nous sommes aujourd'hui assez bien armés. Les divers appareils que nous possédons procurent une anesthésie parfaite avec le minimum de « poison ».

Il est par contre, bien souvent, difficile de diminuer la durée de l'acte opératoire. Dans beaucoup de cas l'intervention demande longtemps pour être exécutée ; dans d'autres, le temps est, pour ainsi dire, conditionné par le chirurgien. De toutes façons quand l'intérêt de la malade l'exigera il faudra diminuer autant que possible la durée de l'opération. Quand cela sera possible et dans les limites mêmes que nous fixerons, l'emploi des pinces à demeure pourra rendre de réels services.

2° Suppression de toute ligature perdue.

Les mêmes raisons locales qui demandent au chirurgien de terminer rapidement l'intervention justifient la préoccupation qu'il peut avoir de ne pas laisser de ligatures perdues dans un petit bassin infecté. Assurément le degré d'infection des lésions utéro-annexielles est variable et très souvent le catgut se résorbe entièrement comme dans un milieu aseptique mais il peut aussi

s'éliminer entraînant ces complications que nous signalions au début et qui sont toujours pénibles.

Si donc on peut éviter même la possibilité de ces petits inconvénients post-opératoires on le fera sans aucun doute.

La mise en place de pinces à forcipressure présente encore un autre avantage sur lequel à propos de l'observation n° 14 Th. de Martel insistait devant nous.

Dans ce cas, il réussit après ablation de l'utérus à passer deux clamps en dehors des masses annexielles et à faire ainsi l'hémostase des ligaments larges correspondants. Par cette manœuvre il réalisait une occlusion mécanique du tissu cellulaire du ligament large, le soustrayant à l'infection provenant du déchirement ou du morcellement des annexes.

Pour De Martel, cette petite manœuvre quand elle peut être exécutée doit entrer à l'actif de l'hémostase par pinces à demeure; sans qu'il convienne, d'ailleurs, d'exagérer outre mesure son importance.

3° Large drainage du petit bassin.

Toutes les malades dont nous rapportons les observations présentaient des lésions telles qu'un large drainage s'imposait. Ce drainage était nécessité non seulement par la septicité du milieu opératoire mais encore par l'obligation où se trouvait le chirurgien de tamponner des surfaces cruentées souvent très étendues (obs. n° 9).

« Le drainage est nécessaire, dit Hartmann, quand « l'hémostase n'est pas parfaite, quand la péritonisation « est incomplète, qu'il reste des surfaces pouvant don- « ner un suintement secondaire. Le point important, « ajoute-t-il, est de drainer une cavité limitée aussi au « moment de placer le drain, amenons-nous à son con- « tact, toutes les surfaces d'intestin altéré, isolant avec « le côlon pelvien et le grand épiploon rabattu en tablier, « la grande séreuse péri-intestinale du foyer pelvien.

« La rapidité avec laquelle se forment les adhérences « fait que ce foyer est presque immédiatement circons- « crit et que l'on n'a pas à craindre le développement « d'accidents infectieux dans le reste du ventre. »

Au milieu des pinces, deux ou trois mèches de gaze mollement tassées réalisent un très bon drainage capillaire que l'on peut compléter avantageusement par un gros drain abdominal. Dans quelques cas on se trouvera en outre bien d'un drainage vaginal.

Ces précautions n'étaient pas inutiles, notamment dans les observations 5, 6, 7, 8, 9, 12, 16.

Bien qu'on puisse faire de sérieuses réserves sur le degré de septicité de beaucoup de vieilles lésions utéro-annexielles, il reste prudent, croyons-nous, d'assurer aux liquides d'exsudation une large issue vers l'extérieur. C'est pour cette raison que la combinaison des deux voies de drainage abdominale et vaginale nous paraît une excellente manœuvre. Nous avons presque toujours vu M. Segond y recourir. Outre les avantages que nous avons signalés, cette dessiccation complète du foyer opératoire permet une cicatrisation rapide de la brèche

abdominale nécessitée par le passage des pinces, des drains et des mèches. Cette brèche n'est d'ailleurs pas aussi large qu'on pourrait le supposer. Dès que les pinces sont enlevées, les lèvres de la plaie s'accolent très vite, surtout chez les malades dont la musculature abdominale est puissante. Un jour ou deux après leur ablation l'orifice est déjà réduit aux dimensions du drain et habituellement il est fermé après les trois semaines classiques. On pourra d'ailleurs, dans quelques cas, se dispenser de mettre des mèches au contact du plancher pelvien, mais comme nous le verrons tout à l'heure il est nécessaire de séparer les pinces des bords de la plaie par quelques compresses soigneusement disposées.

4° Rareté des éventrations

La brèche nécessitée par le passage des pinces de deux ou trois mèches et du drain à travers la paroi abdominale paraît être une voie toute tracée pour les éventrations futures.

Ces éventrations sont cependant très rares. Dans toutes nos observations la partie supérieure de la plaie de laparotomie a été fermée en un seul plan au moyen de fils métalliques en argent ou en bronze d'aluminium.

Dans nos six premières observations la suture de la paroi a été faite en un seul plan suivant la formule classique : peu de peau, beaucoup d'aponévroses et de muscles, peu de péritoine.

Dans les dernières, aux fils comprenant toute l'épais-

seur de la paroi abdominale, M. Segond a ajouté quelques fils réalisant la suture dite « en paletot » de l'aponévrose antérieure des muscles droits. Du côté ombilical de la plaie il n'y a donc rien à craindre, mais en est-il de même pour la partie sus-pubienne de l'incision ? Il semble, à première vue, que les malades auxquelles on laisse des pinces à demeure par le ventre, soient fatalement vouées à l'éventration. Il n'en est rien cependant.

Une seule malade présente (novembre 1911) à la partie inférieure de sa cicatrice un orifice régulièrement circulaire limité de tous côtés par un contour fibreux et admettant péniblement la pointe de trois doigts réunis en faisceau.

Cette malade (observation n° 9) se présentait d'ailleurs dans les plus mauvaises conditions pour fabriquer du solide tissu de cicatrice. Elle rentre dans la catégorie des emphysémateux et des tousseurs chez lesquels la pression abdominale est si considérable.

Chez les autres malades la présence des pinces et du drain dans le petit bassin pendant les trois premiers jours maintient à distance les anses intestinales et leur laisse le temps de contracter avec le péritoine pariétal des adhérences qui les empêcheront de venir faire saillie dans le puits, à la vérité, bien étroit, ouvert dans la paroi abdominale. D'ailleurs, dès que les pinces sont enlevées, cette plaie se rétrécit avec une extrême rapidité et deux jours après, elle est habituellement réduite par l'effort de coaptation des muscles droits à la dimension du drain.

On sait, d'autre part, actuellement que les risques

d'éventration sont le plus souvent indépendants du mode de suture employé. C'est bien plutôt l'état local et général du malade qui en est responsable. Des opérés, profondément infectés, à tissus atones s'éventreront tardivement malgré les meilleures sutures, tandis que des malades jeunes à tissus sains auront de solides parois malgré l'insuffisance de la suture ou la gravité des lésions locales.

Nous citerons deux cas où pour n'avoir pas eu de pinces par l'abdomen deux malades n'en ont pas moins présenté de graves éventrations.

Quand nous étions interne de notre maître M. le Dr Morestin à la maison Dubois, nous lui vîmes opérer une jeune femme qui trois ans auparavant avait subi une hystérectomie abdominale pour annexite suppurée.

Elle avait été largement drainée par l'abdomen et revenait avec une éventration considérable que n'avaient pu empêcher ni la suture à trois plans ni le port d'une ceinture.

L'année suivante à Saint-Louis dans le service de notre maître M. Rieffel nous eûmes l'occasion d'intervenir d'urgence dans les conditions suivantes : une femme avait été opérée en 1897 ou 1898 à l'Hôtel-Dieu dans le service du professeur Duplay. Elle avait subi une castration complète. Nous la vîmes revenir avec une éventration longue de 7 à 8 centimètres et aussi large dans laquelle étaient venus s'étrangler plusieurs anses grêles et une grosse partie du grand épiploon. Cette malade avait, d'après ses dires, été largement drainée. La signature de ce drainage persistait sous

forme d'un long cordon fibreux allant de la cicatrice abdominale au fond du cul-de-sac de Douglas. La malade guérit parfaitement.

Il est vraisemblable que cette malade n'avait pas eu de pinces à demeure « par l'abdomen ». Aussi bien existe-t-il des cas qui à ce point de vue spécial des éventrations tardives ne le cèdent en rien à nos observations.

Nous voulons parler des tamponnements à la Mickuliz ; et on peut affirmer sans grandes chances de se tromper que les menaces d'éventration à la suite de Mickuliz sont au moins aussi fortes qu'après l'emploi des pinces à demeure.

Nombre de malades dont nous rapportons les observations ne présentent pas la moindre menace d'éventration. La malade de l'observation n° 12 présentait au début de novembre une paroi dont la solidité a paru à toute épreuve à Th. de Martel.

Il en était de même chez les malades des observations 7, 10, 11, 13 et 16.

5° Péritonisation. Adhérences douloureuses

L'absence de péritonisation peut à bon droit constituer une objection importante contre les pinces à demeure. La péritonisation ou mieux la péritonéoplastie est considérée à juste titre comme le complément indispensable de toute opération abdominale. Ses avantages sont si évidents qu'il est inutile de les énumérer ; il semble donc qu'on doive à tout prix y avoir recours.

Remarquons tout d'abord que dans beaucoup de cas elle est sinon impossible tout au moins très difficile ; et nous ne faisons pas allusion ici aux mauvais cas qui nous le répétons sont seuls justiciables de la pince à demeure, mais à ces cas moyens où les lésions ont détruit tout ou partie du péritoine pelvien, à tel point qu'on doit recourir à l'artifice qui consiste à suturer l'S iliaque au péritoine vésical. Outre que cette manière de faire n'est peut-être pas exempte de quelques inconvénients éloignés elle demande un temps assez long.

On peut enfin, dans presque tous les cas, assurer cette péritonisation. Il suffit de recourir à la manœuvre bien simple et connue de tous maintenant qui consiste à étaler le grand épipléon au-devant de la masse des intestins. A dire vrai cela ne sera pas toujours possible. On devra se résoudre alors à pratiquer immédiatement la suture de la paroi.

Les inconvénients qui résultent de l'absence de péritonisation ne sont pas immédiats, ils peuvent se traduire tardivement par la production d'adhérences. Comme le fait remarquer Nicaise (1), ces adhérences sont surtout douloureuses quand elles se produisent dans le petit bassin ; elles peuvent par les coudures, les inflexions qu'elles impriment aux anses intestinales déterminer de violentes coliques intestinales et devenir même l'origine de crises de véritable occlusion intestinale.

1. *Revue de chirurgie*, 1894. Adhérences péritonéales douloureuses.

Il est difficile de dire dans quelle mesure ces accidents à longue échéance peuvent se produire. Nous ne les avons vus survenir chez aucune de nos malades. Il convient d'ailleurs de ne pas s'en préoccuper trop. « Il « est des adhérences, dit Nicaise, qui s'allongent, s'amin- « cissent, et finissent par disparaître peu à peu. »

Restent à examiner les deux derniers reproches dont paraîtrait justiciable l'application de pinces à demeure abdominale.

La douleur pendant les jours qui suivent l'opération ne nous a jamais paru anormale, elle a toujours été modérée et a toujours cédé facilement à de petites doses de morphine.

Plutôt qu'une vraie douleur, c'est de la gêne abdominale que les malades accusent, elle disparaît du reste immédiatement au moment de l'ablation des pinces.

Quant à la longueur du séjour au lit de nos malades, dans aucun cas elle ne nous a paru exagérée, nous verrons d'ailleurs, à propos de l'époque du lever de ces opérées, qu'il convient d'être très éclectique dans la façon de procéder à cet égard.

TECHNIQUE GÉNÉRALE

Tout ce qui précède rend évident qu'il ne peut y avoir de technique réglée pour l'application des pinces à demeure. La mise en œuvre de ce procéde est absolument indépendante du moyen employé pour extirper la tumeur abdominale. Que l'on ait donné sa préférence au procédé américain, à celui de Terrier, à la décollation antérieure ou postérieure, à l'hémisection ; la terminaison de l'intervention est toujours la même : hémostase par application de pinces ayant une force convenable, drainage, suture de la paroi.

Voici, à notre avis, comment on peut comprendre la succession des temps quand on s'est résolu à ne point poser de ligatures.

Une fois terminée l'ablation des parties malades, il convient de s'assurer minutieusement de l'état du petit bassin.

On doit comme dans toute laparotomie vérifier la vessie, le rectum, l'S iliaque, les uretères si possible. L'hémostase sera l'objet de soins tout particuliers ; des pinces de Kocher longuettes seront appliquées sur les points qui saigneraient encore.

Si en un endroit quelconque persistait une petite

hémorragie en nappe, on pourrait tenter de la maîtriser par un tamponnement maintenu quelques instants ou bien tasser à son niveau une mèche de gaze stérile qu'on enlèvera petit à petit les jours suivants.

Cela fait on disposera en avant du faisceau de pinces entre lui et la paroi postérieure de la vessie une petite mèche de gaze, une autre séparera les pinces de la grande cavité ; enfin les bords de la plaie abdominale seront séparés des pinces par une gaze pliée en double. Il est inutile à cet endroit d'introduire une compresse ordinaire, habituellement trop épaisse, un simple double de gaze suffira. Cette précaution nous paraît indispensable pour éviter que les bords de la plaie ne viennent s'écraser trop violemment sur les pinces.

Entre elles on disposera un ou deux gros drains qui descendront dans le cul-de-sac de Douglas sans trop appuyer sur le rectum. Dans beaucoup de cas ce drainage abdominal sera avantageusement complété par un drainage vaginal. Notre maître le professeur Segond le pratique habituellement avec un très gros drain ordinaire en caoutchouc flanqué latéralement de deux lanières de gaze. L'orifice ménagé pour le passage de ce drain emprunte le plus souvent la voie du cul-de-sac postérieur qu'on incise sur une pince vaginale ; d'autres fois nous avons vu M. Segond fendre toute l'épaisseur de la paroi postérieure du col utérin et à travers cette brèche pousser tout l'appareil de drainage qu'un aide venait cueillir dans le vagin.

Avant de procéder à la suture de la paroi, nous pensons qu'il est de bonne précaution d'aller, avec une

pince, indemne de tout contact antérieur, chercher le grand épiploon. Quand on l'a saisi on l'attire au-devant de la masse intestinale. On peut, à ce moment, faire diminuer l'inclinaison de la table.

On procède ensuite à la suture de la paroi abdominale : nous l'avons toujours vue pratiquée par M. Segond, en un seul plan au fil d'argent. Nous avons dit ailleurs tout le bien qu'il en pensait. Rien ne vaut à cet égard sa pratique depuis vingt ans. Comme le disait si justement M. Ricard à la Société de chirurgie en 1906 : « Le fait « que des chirurgiens tels que Routier et Segond lui res- « tent fidèles, prouve qu'elle les satisfait pleinement. »

On pourra si l'on veut renforcer cette suture par l'application de deux ou trois fils, dits « en paletot » placés suivant le dispositif indiqué par Lucas-Championnière. Le pansement ne comporte de particularité qu'un orifice ménagé dans le bandage de corps pour le passage des pinces.

Il doit être appliqué avec beaucoup de douceur et on doit en le faisant prendre bien garde d'appuyer sur les anneaux d'une des pinces, non pas qu'on risque de faire lâcher la prise mais sa pression pourrait déterminer au niveau de son bec un petit point de sphacèle.

Le bandage de corps appliqué, il conviendra de recouvrir les pinces d'une compresse de gaze qu'on doublera d'un taffetas chiffon de façon à sauvegarder l'asepsie de la région.

Les soins post-opératoires seront ceux de toute laparotomie grave.

Nous n'avons pas l'expérience de certaines méthodes

nouvelles qui ont été préconisées pour lutter contre l'infection à venir, ou contre l'infection établie.

Nous voulons parler des injections intrapéritonéales d'huile camphrée et de l'application à ces malades plus ou moins infectés de la méthode des vaccins de Wright. Si nous en parlons ce n'est pas pour les mettre sur le pied d'égalité. Elles répondent à des buts trop différents, mais tandis que la seconde exige toujours pour être mise en œuvre le concours d'un homme de laboratoire, la première est accessible à tout chirurgien où qu'il soit et si nous avons dans cette manœuvre si simple un moyen vraiment efficace d'augmenter la résistance du péritoine à l'infection ; nous n'avons aucune raison pour nous en priver.

Il conviendra donc dans ces cas de soutenir, suivant les indications particulières de chaque malade, les forces de l'opéré. Les moyens classiquement employés, pour être les plus connus ne sont pas les plus mauvais.

On aura donc recours aux injections stimulantes d'huile camphrée, de sulfate de spartéine, de caféine (?), d'éther. Les injections massives de sérum, si en honneur il y a quelques années, voient, à notre avis, leur vogue justement diminuer. On adopte plutôt la technique employée par Murphy et qui consiste à l'introduire sous faible pression et pour ainsi dire goutte à goutte dans le rectum des malades mais cela d'une façon continue.

Localement, le pansement sera visité habituellement après la première journée. On en profitera pour changer les pièces superficielles et si besoin en est, pour pratiquer l'aspiration dans les drains.

Les pinces seront enlevées au bout de quarante-huit heures ou de trois jours. Dans la plupart des cas elles sont demeurées en place seulement deux jours et cela sans aucun inconvénient. Elles seront enlevées de la même façon que celles de l'hysterectomie vaginale. On les déserrera sur place une à une, sans brusquerie, et cran à cran. Quand une pince est complètement desserrée il se peut qu'elle ne « vienne » pas. Il faut se garder alors de tirer à soi, mais on doit lui imprimer de petits mouvements de rotation autour de son axe vertical, cela suffit habituellement pour la libérer. Dans quelques cas il suffit de refermer légèrement le mors de la pince pour l'attirer facilement.

Les mèches seront enlevées au bout d'un temps variant avec chaque cas.

Les compresses destinées à isoler les pinces des lèvres de la plaie abdominale pourront être supprimées vingt-quatre heures après l'ablation des pinces ou en même temps qu'elles. Quant aux mèches profondes dont l'emploi doit être restreint autant que possible on les enlèvera le quatrième jour en général.

Le drainage abdominal sera maintenu le temps nécessaire. On se guidera pour « prendre une décision sur « la feuille de température et sur la quantité de liquide « à laquelle le drain donne issue ».

Quant au drainage vaginal, on pourra si le drain est accompagné d'une mèche supprimer cette dernière le matin du troisième jour, le drain tombera de lui-même à une époque variant du quatrième au huitième jour.

Si les lésions qui ont motivé l'intervention parais-

saient très septiques, on pourra à partir du quatrième jour pratiquer sans pression des irrigations vaginales à l'eau bouillie ou au sérum très chaud. Dans quelques cas le liquide vaginal pourra ressortir par la plaie abdominale. Habituellement l'orifice de communication est oblitéré avant la fin de la première semaine.

A partir du moment où le drain abdominal est supprimé, la cicatrisation marche très rapidement. Habituellement après vingt jours, quelquefois moins, la plaie abdominale est complètement fermée.

On pourra d'ailleurs autoriser les malades à se lever dès cette époque.

« Il est certain, dit Hartmann, qu'on peut laisser se « lever rapidement une malade n'ayant subi qu'une « opération de peu d'importance et dont la paroi bonne « a été très exactement suturée, qu'il y a au contraire « avantage à prolonger le séjour au lit des malades « ayant subi de grands délabrements, ayant perdu une « quantité de sang, ayant été drainées, ou ayant des « parois abdominales flasques, relâchées, mauvaises « pour la réunion. »

Les malades auxquelles nous faisons allusion rentrent dans cette dernière catégorie, il n'y aura donc aucun inconvénient à prolonger en leur faveur les trois semaines classiques, quitte « à les mobiliser précoce- « ment dans leur lit activant ainsi leur respiration et « leur circulation. On les met ainsi dans les meilleures « conditions pour reprendre rapidement une existence « normale » (Hartmann).

OBSERVATIONS

Les six premières observations proviennent du service de M. le Professeur A. Pinard. Elles ont été prises par M. le Dr Le Masson. Je le remercie ici d'avoir bien voulu me les communiquer.

Observation I

Kyste multiloculaire de l'ovaire droit. Ponction le 16 février 1898. Laparotomie et hystérectomie abdominale incomplète le 31 mars 1898. Hémostase par pinces à demeure. Guérison.

Mme B..., 37 ans, entre à la clinique Baudelocque, service de M. le professeur Pinard, salle Levret, n° 94, le 28 mars 1898.

Rien à noter dans les antécédents héréditaires de cette malade.

Antécédents personnels. — Réglée à 15 ans. Mariée à 20 ans. Cette femme eut cinq grossesses dont les quatre premières se terminèrent par des accouchements spontanés, à terme ; le dernier eut lieu en 1897.

Avant le début de sa cinquième grossesse, elle ne présentait ni trouble fonctionnel ni trouble physique.

Enceinte de quatre mois et demi, elle fit une chute violente sur un trottoir. Depuis ce temps elle ressentit dans le côté droit du ventre des douleurs fortes et persistantes.

Néanmoins l'évolution de la grossesse se fit normalement et le 19 décembre 1897, elle accoucha normalement d'un garçon vivant et bien portant.

A partir du moment de sa chute, la malade prétend avoir constaté une augmentation de volume rapide de son ventre (?).

Après l'accouchement le ventre de la malade resta volumineux et la malade « sentait le ballottement » de l'eau. Elle allaitait son enfant. Elle alla consulter à Lariboisière où on fit, en gynécologie, le diagnostic d'ascite. La malade passa dans un service de médecine où ce diagnostic fut confirmé. On lui dit alors de sevrer son enfant et de rester en observation pendant quelques mois. Voulant continuer à allaiter, elle quitta Lariboisière et vint consulter à Baudelocque le 8 février 1898. Elle fut examinée par MM. Pinard et Segond qui constatèrent aussi de l'ascite dont elle présentait toute la symptomatologie : ventre évasé, matité à caractère ascétique ; fluctuation très superficielle. Quant à la cause, M. Segond la rattache à une lésion annexielle éliminant toute maladie du foie ou du cœur.

Il fut convenu avec M. Pinard que la malade continuerait d'allaiter et qu'on lui ferait une ponction le 16 février.

Le 16 février 1898. — M. Segond ponctionne le malade avec un trocart ordinaire. La ponction donne sept litres de liquide brun-noirâtre, filant, visqueux, ayant les caractères du liquide ovarien et nullement ceux de l'ascite. On garde la malade à Baudelocque pendant trois jours et on remet l'ablation du kyste à une date ultérieure.

La malade continue l'allaitement ; pendant toute cette période l'enfant n'a pas perdu de poids, l'augmentation s'est faite régulièrement.

L'état général de la malade s'est amélioré après la ponction ; elle resta ainsi jusqu'au 28 mars 1898, époque à laquelle elle revint à Baudelocque.

Examen. — L'état général est bon. Le ventre est gros, sans circulation collatérale. Il y a de la fluctuation superficielle. La matité est celle de l'ascite plutôt que celle d'un kyste. On constate de la sonorité dans le flanc droit.

Le col utérin est petit, légèrement entr'ouvert.

Le corps utérin est remonté, impossible à sentir.

Il n'y a pas de tension dans les culs-de-sac vaginaux.

Le cœur, les poumons, le foie sont normaux ; les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.

Laparotomie le 30 mars 1898. — M. Segond. Durée : quarante-cinq minutes. Chloroforme.

Après incision médiane sous-ombilicale des plans superficiels et du péritoine ; le kyste est mis en évidence et ponctionné avec un gros trocart puis décortiqué de ses adhérences.

Le liquide extrait est celui d'un kyste multi-lombaire, il est suivant les poches jaune brunâtre ou chocolat ; toujours filant et visqueux. Le pédicule est évasé, large, très friable. Une série de ligatures à la série plate est placée sur le ligament large sans qu'on puisse arrêter l'hémorragie. Toutes ces ligatures sont placées sur le côté droit de l'utérus, mais le sang coule toujours à côté d'elle.

M. Segond estime alors, étant donné que la femme est en pleine période de puerpéralité et la grande friabilité des tissus, qu'il n'y a qu'un moyen d'arrêter l'hémorragie c'est de pratiquer l'hystérectomie ; mais d'autre part le vagin n'étant pas préparé puisqu'il ne devait s'agir primitivement que d'une ovariotomie, M. Segond se contente de pratiquer une hysté-

rectomie supravaginale. Alors survient une nouvelle difficulté due à la friabilité des tissus. En dépit de toutes les ligatures l'hémorragie continuera, alors M. Segond pratique l'hémostase avec dix pinces de Kocher qui sortent en bouquet à l'angle inférieur de la plaie avec les pinces, l'hémostase est très complète.

Le drain entouré de gaze iodoformée est placé au-dessus d'elle et trois fils d'argent ferment la partie supérieure de l'incision abdominale.

Pansement à la gaze iodoformée, ouaté, compressif.

Le liquide recueilli par la ponction est évalué à 7 litres environ. La poche pèse 700 grammes.

Suites opératoires. — Elles furent excellentes malgré que la température s'élevât jusqu'à 38° les 4e, 7e et 10e jours après l'intervention. Les selles, les mictions furent normales. On fit l'ablation des dix pinces le 5e jour, du drain et de la gaze le 12e jour. La plaie abdominale était complètement cicatrisée le 21e jour et la malade sortit en très bon état le 28 avril. Elle continua l'allaitement de son enfant pendant la convalescence.

Observation II

Grossesse extra-utérine droite. Placenta Aberrant de 50 grammes. Kyste intraligamentaire gauche. Hémostase par pinces à demeure. Guérison.

Mme P..., 32 ans, entre le 19 novembre 1899, salle Levret, à la clinique Baudelocque dans le service de M. le Professeur Pinard, où elle est envoyée par le Dr Cochot de la Ferté-Gaucher.

Le Dr Cochot envoie cette malade avec le diagnostic de môle hydatiforme.

Pas d'antécédents héréditaires à signaler.

Elle a été réglée à 14 ans 1/2 et régulièrement depuis lors. Mariée à 23 ans.

En 1887, elle accoucha spontanément à terme et eut à la suite une péritonite puerpérale pour laquelle elle garda le lit pendant deux mois. Elle fut bien portante depuis et ses règles furent normales.

Les dernières règles datent du 26 novembre 1898.

Le 11 février 1899 la malade fait une chute à la suite de laquelle elle se plaint d'une douleur abdominale siégeant du côté droit. Les garde-robes et les mictions devinrent difficiles.

Le 12 mars la malade présente une hémorragie. Le sang qui s'écoulait était tantôt pâle, tantôt marc de café. Cette hémorragie a persisté jusqu'au mois de juillet. La malade dit n'avoir plus senti remuer depuis la fin juin.

Depuis trois mois, elle ne perd plus que le 12 de chaque mois.

Examen à l'entrée dans le service.

Par le palper, on sent une masse dure située dans la fosse iliaque droite remontant jusqu'à l'ombilic et profondément située. Il y a du colostrum dans les seins.

Par le toucher on sent le col en arrière.

Il y a peu de chose dans les culs-de-sacs latéraux droit et gauche.

Dans le cul-de-sac postérieur on perçoit une légère tension.

Par le toucher combiné au palper, on perçoit le fond de l'utérus à 3 travers de doigt au-dessus de la symphyse ; l'utérus est mobile ; il est repoussé en avant par la tumeur qui remonte à gauche à 8 centimètres au-dessus de la symphyse.

A droite, elle remonte un peu plus haut.

La tumeur semble couchée en travers sur l'angle sacro-vertébral.

Le cœur, les poumons sont sains.

Les urines ne présentent ni sucre ni albumine.

Opération le 29 novembre 1899.

Durée une demi-heure. Chloroforme.

Le diagnostic porté par M. le Professeur Pinard est celui de kyste fœtal.

M. Segond après incision de la paroi abdominale trouve 2 tumeurs annexées à l'utérus ; une beaucoup plus grosse celle de droite et une plus petite à gauche ; les 2 tumeurs sont plus ou moins accolées sur la ligne médiane si bien que leur ensemble donnait la sensation de la tumeur couchée en travers.

La décortication de la tumeur droite est tellement dificile que M. Segond ne peut arriver à l'isoler et bientôt le kyste se rompt et il ne faut enlever que des débris adhérents de tous les côtés.

Il ne trouve pas trace de fœtus dans ce kyste, mais de la cavité abdominale il extrait un placenta aberrant de 50 grammes. A gauche il existait un petit kyste intraligamentaire dont l'ablation est beaucoup moins laborieuse.

Pour assurer l'hémostase très difficile à réaliser avec des ligatures, il laisse à demeure 3 pinces de Kocher et tapisse tout le fond cruenté avec 2 paquets de gaze iodoformée émergeant avec les pinces de l'angle inférieur de la plaie.

Suture aux fils d'argent de la partie supérieure de la plaie.

Gaze stérilisée, pansement ouaté compressif.

Pièces. — Placenta : poids : 50 grammes.

Ovaire droit : 32 grammes avec des débris de kyste.

Ovaire gauche : 8 grammes.

Suites opératoires. — Très bonnes.

Le soir de l'opération ; le pansement est imprégné par le suintement provenant des adhérences ; il est changé.

Les pinces sont enlevées au bout de quarante-huit heures.

Les deux mèches le cinquième jour.

Les fils le huitième jour.

Depuis on maintient seulement une petite mèche de gaze iodoformée qu'on renouvelle tous les trois jours.

La malade se lève le vingt et unième jour. Elle sort complètement guérie le 30 décembre 1899.

Observation 3

Fibrome de la partie postéro-inférieure de l'utérus. Hystérectomie abdominale par le procédé américain modifié. Pinces à demeure. Guérison.

Mme D..., 38 ans, entre le 27 avril 1899 à la clinique Baudelocque dans le service de M. le Professeur Pinard.

Antécédents héréditaires. — Parents vivants et bien portants.

Antécédents personnels.—La malade n'a pas eu d'autres maladies que celles qui seront mentionnées aux suites de couches.

Réglée à 12 ans 1/2, pendant quatre ou cinq jours. Les règles peu abondantes ne sont pas douloureuses.

Mariée à 27 ans, fit deux avortements.

Le premier de trois mois et demi en 1888, les suites en furent normales.

Le second de quatre mois et demi en 1893.

Tous ces avortements eurent lieu à la clinique Baudelocque.

Elle y avait été admise trois mois avant le dernier avortement parce qu'elle perdait.

Voici le détails concernant cette observation extraits des registres de Baudelocque 1893. Observation 1182.

La femme entre le 3 juin 1893 salle Levret pour des pertes. A ce moment elle pouvait être enceinte de deux mois et demi environ. En raison des pertes, elle fut mise en surveillance salle Levret : repos absolu au lit, injections et lavements chauds tous les jours.

Le 9 juin M. Pinard l'examine sous chloroforme. En voici le résultat :

« Par le toucher on sent le col déjeté, repoussé en haut et « en avant derrière la symphyse et c'est en allant au fond du « cul-de-sac antérieur qu'on sent le col avec ses deux lèvres « aplaties transversalement. On trouve une tumeur occupant « toute la région hypogastrique et remontant à deux cen- « timètres au-dessous de l'ombilic. A droite on sent une « irrégularité, partout ailleurs cette tumeur est rénitente. « Elle plonge dans l'excavation et efface le cul-de-sac posté- « rieur. »

Cette femme sortit de Baudelocque le 10 juillet pour y rentrer le 20 parce qu'elle avait de l'œdème et des pertes.

Elle avorte spontanément le 9 août à 4 mois 1/2 et après la délivrance en pratiquant le toucher on trouve le col en haut et sous la symphyse et une tumeur très grosse siégeant en arrière du corps de l'utérus.

Son œdème était sans fièvre.

Cette femme sortit neuf jours après le 18 août, sur sa demande, malgré les observations de M. Lepage alors chef de clinique.

Elle eut chez elle une phlébite double et fut malade pendant un an.

Elle avait eu une pleurésie gauche en 1885 et un érysipèle de la face en août 1898.

Depuis son avortement en 1893 jusqu'en 1898 l'état général fut très bon.

Elle n'eut pas de douleurs, pas de métrorragies mais cependant les règles étaient un peu plus longues et plus abondantes (huit jours au lieu de quatre).

Au moment de ses règles elle avait des éruptions sur la poitrine et le restant du corps.

En novembre 1898 en dehors de ses règles elle présente une métrorragie abondante qui dura huit jours, ce fut d ailleurs la seule.

Depuis cette époque la malade présente des ménorragies durant dix jours environ. Elle ne souffre pas mais elle constate le développement progressif de son abdomen. La constipation devient de plus en plus grande et les troubles de la miction apparaissent. Elle urine une fois par cinq minutes.

Il n'y a pas d'œdème des membres inférieurs.

Les digestions sont difficiles.

La malade entre le 27 avril 1899 à la clinique Baudelocque.

Par le toucher combiné au palper, on trouve le col utérin; il est de volume moyen, entr'ouvert et assez élevé. L'utérus forme une masse effleurant l'ombilic à gauche et sur la ligne médiane et le dépassant notablement à droite.

Le cœur, le foie, les poumons sont normaux; les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.

Opération le 31 mai 1899. — M. Segond. Après incision abdominale et ouverture du péritoine apparaît la masse utérine; M. Segond y plante le tire-bouchon et amène en bloc

utérus et annexes. L'ablation en est faite par le procédé dit « américain » modifié de la façon suivante.

S'étant aperçu qu'il sortait de l'utérus une sorte de matière gélatino-glaireuse de nature louche et par conséquent capable d'infecter le péritoine, M. Segond après avoir sectionné la masse utéro-annexielle, laisse une rondelle de col et rabat par-dessus le volet antérieur formé par le territoire antérieur de façon à fermer autant que possible la cavité abdominale et il la suture avec des fils de soie plate dont les chefs longs ressortent par la plaie abdominale.

De même au lieu de ligaturer les ligaments larges, il laisse à demeure une longue pince et cinq pinces de Kocher longues qui ressortent en bouquet à l'angle inférieur de la plaie.

Il bourre autour des pinces une mèche de gaze stérilisée et ferme l'angle supérieur de la plaie avec trois fils d'argent.

Pansement ouaté.

Examen macroscopique des pièces. — La masse est fendue suivant sa paroi antérieure. Elle présente au niveau du segment inférieur une région infiltrée de fongosités abondantes.

Le fibrome existe bien comme le diagnostic de 1893 l'avait montré. Il est gros comme un fort poing d'adulte et situé au fond de l'utérus et non à sa partie inférieure.

Ce fibrome a un aspect mollasse qui le fait ressembler mascroscopiquement à du sarcome.

Les annexes ne présentent rien d'appréciable.

Poids de la masse : 2.515 grammes.

Suites opératoires. — Furent très simples malgré 38°3 le troisième jour.

Les cinq pinces de Kocher et la mèche furent enlevées *le cin-*

quième jour et la longue pince le septième. Ablation des fils le neuvième jour.

La malade se lève le vingt et unième jour, elle sort guérie le 5 juillet mais avec la persistance d'une petite fistulette qui n'était pas tarie en 1900.

Observation 4

Fibrome utérin ayant subi la dégénérescence sarcomateuse. Hystérectomie abdominale incomplète. Hémostase par pinces à demeure. Mort.

Mme P..., 58 ans, entre le 15 avril 1901 salle Levret à la clinique Baudelocque dans le service de M. le professeur Pinard.

Réglée à 10 ans. Les règles durent quatre jours, sont abondantes, douloureuses.

Mariée à 40 ans. Jamais de grossesse.

Ménopause à 50 ans.

La maladie actuelle a débuté au moment de la ménopause par de petites métrorragies irrégulières survenant tous les deux ou trois mois suivant la fatigue.

Pas de douleurs abdominales concomitantes. Depuis un an (1900) les métrorragies sont plus abondantes mais surtout elles sont profuses, journalières, accompagnées de petits caillots. A ces métrorragies succèdent dans les intervalles des pertes blanches, grisâtres non odorantes. Depuis le mois de janvier 1901, apparition de douleurs abdominales lombaires avec irradiations dans le rectum et les cuisses. Les mictions sont fréquentes ; la constipation est opiniâtre.

Depuis huit ou dix ans le malade est atteinte d'une hernie ombilicale maintenue par un bandage.

Les métrorragies et surtout les douleurs l'amènent à consulter.

A noter une assez forte obésité qui masque tout développement de la tumeur.

Examen. — Le col utérin est celui d'une multipare. L'utérus est probablement fibromateux. Il est difficile à percevoir à cause de l'état du vagin qui est très étroit et qui témoigne certainement de rapports incomplets ainsi qu'on peut le constater par l'intégrité de l'hymen.

Rien d'apparent au cœur et aux poumons, ni sucre ni albumine dans les urines.

Opération 21 avril 1901. — M. Segond. Chloroforme.

Opération des plus laborieuses à cause de l'enclavement de la tumeur.

M. Segond choisit la voie abdominale à cause de l'étroitesse du vagin et pour opérer la hernie ombilicale.

Le ventre étant ouvert et la tumeur accessible ; il plante dedans le tire-bouchon et essaye de l'énucléer et de l'extraire, mais il ne peut y parvenir malgré de sérieuses tractions. Il est obligé de sectionner la tumeur au milieu et de mordre avec les pinces en plein tissu, mais la tumeur a déjà subi une dégénérescence et il s'échappe des lèvres de l'incision une bouillie teintée de sang.

On enlève alors la tumeur, mais l'opération reste incomplète en ce sens que l'ovaire gauche est resté en place. Le moignon du col est fendu pour permettre un drainage abdomino-vaginal avec une longue mèche de gaze étalée en éventail dans le petit bassin. L'hémostase du moignon est faite avec quatre pinces dont trois à longs mors et une pince à traction. Le reste du petit bassin est tamponné avec un champ opératoire.

L'opération est terminée par une large résection épiploïque au niveau de la hernie ombilicale.

Suture de la paroi au fil d'argent, trois fils comprennent tous les plans, quatre autres ne prennent que le péritoine et les plans musculo-aponévrotiques sans la peau.

Pansement.

Poids de la tumeur : 775 grammes.

Suites opératoires. — Après l'opération, la malade, reportée dans son lit, reçoit des injections d'éther et 500 grammes de sérum artificiel.

Les deux premiers jours, malgré la gravité de l'opération, la malade semble aller relativement bien, la température est normale, mais le pouls est à 120. *Les pinces sont enlevées au bout de quarante-huit heures.* Il ne se produit pas d'hémorragie. La malade rend des gaz mais pas de matières.

Le troisième jour le pouls est à 140. Il n'y a pas de garderobe malgré un purgatif. La langue est sèche; trémulations; agitation de plus en plus grande.

Pansement le quatrième jour. Ablation des mèches et du champ. Le ventre est considérablement ballonné. La malade meurt à 3 heures.

Autopsie. — Pratiquée quarante-huit heures après la mort, elle a montré l'intégrité du champ opératoire. Il n'y a pas de foyer purulent. Les anses intestinales sont distendues par des gaz. Pas de fausses membranes.

Congestion passive des deux bases.

Le cœur est graisseux. Il n'y a pas de ganglions préverté-braux.

Septicémie.

Observation 5

Kyste ovarique droit. Salpingite gauche suppurée. Utérus fibromateux. Hystérectomie abdominale totale. Hémostase par pinces à demeure. Guérison.

Mme R..., 53 ans, entre le 1er juillet 1901, salle Levret, à la clinique Baudelocque dans le service de M. le professeur Pinard.

Réglée à 11 ans. Elles durent cinq six jours, sont abondantes, non douloureuses.

Mariée à 19 ans.

Première grossesse en 1869, terminée par un accouchement spontané à terme.

Les suites de couches furent normales.

En 1891; avortement de quatre mois et demi.

Ménopause à 50 ans.

La maladie actuelle a débuté en février 1901 par des métrorragies et des douleurs lombaires. Les métrorragies étaient profuses avec une période de répit de cinq à six jours entre elles.

C'est au début de 1901 que le ventre a commencé de grossir; depuis cette époque il n'a jamais cessé d'augmenter.

Le 24 avril, la malade est examinée par Baudron qui conclut à l'existence d'un fibrome utérin et lui prescrit des injections chaudes.

Vers le 15 juin, à un nouvel examen on ne constate pas d'augmentation de volume, mais la configuration de la tumeur est un peu différente et la malade entre dans le service.

Examen. — Le toucher combiné au palper permet de per-

cevoir une masse énorme, irrégulière, de consistance solide, s'étendant surtout en largeur (circonférence de l'abdomen au niveau du point culminant de la tumeur: 1 m. 16). Cette tumeur semble faire corps avec l'utérus, ce qu'on peut difficilement apprécier car le toucher est presque impraticable : le vagin est très étroit et le col est attiré très haut par la tumeur. Il s'agit probablement d'une tumeur fibreuse ayant subi une dégénérescence quelconque ; cependant la malade n'a pas maigri ; l'aspect général est bon. On note des phénomènes dus à la compression rectale et vésicale.

Le cœur, les poumons, le foie sont normaux. Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

Opération le 3 *juillet* 1901. — M. Segond. Cloroforme. 45 minutes.

A l'ouverture du péritoine apparaît un kyste multilombaire de l'ovaire droit le fonctionne. Il contient environ trois litres de liquide jaune verdâtre. On le décortique, la poche pèse 530 grammes.

Au cours de l'ablation des annexes gauches, la trompe gauche, siège d'une salpingite suppurée, se rompt. L'opération se termine par l'ablation de l'utérus contenant 3 fibromes de volume moyen.

M. Segond craignant la longue durée de l'opération et aussi à cause de la multiplicité des lésions fait l'hémostase avec douze pinces dont une à traction à trois dents, sept de Kocher languettes et quatre longues.

Toilette du péritoine. Drainage.

Gaze iodoformée. Pansement.

Suites opératoires. — Furent bonnes. Les pinces furent enlevées au bout de quarante-huit heures.

La mèche et le drain furent laissés et on se borna seulement à changer les pièces superficielles du pansement.

La mèche fut enlevée le cinquième jour et remplacée par une plus petite.

Ablation des fils le huitième jour.

Renouvellement du pansement dans les deux jours puis tous les cinq jours jusqu'à la cicatrisation qui fut complète le 10 août. La malade sortit le 14 août complètement guérie.

Observation 6

Annexite suppurée bilatérale. Hystérectomie abdominale totale. Hémostase par pinces à demeure. Guérison.

Mme C..., 32 ans, mécanicienne, entre le 26 février 1903 salle Levret à la clinique Baudelocque, dans le service de M. le professeur Pinard.

Réglée à 13 ans régulièrement. Ses règles durent trois jours, elles sont peu abondantes et douloureuses.

Se marie à 21 ans. Jamais de grossesse.

Les dernières règles datent d'octobre 1902.

En novembre 1902, le 6, apparition des règles ordinaires, le 10 la malade ressentit une violente douleur abdominale qui dura tout le mois. La malade eut des vomissements abondants, sans fièvre ni ballonnement du ventre.

En décembre pas de règles mais on constate la disparition des douleurs.

Le 6 janvier 1903 métrorragie très abondante qui dure quarante-huit heures. Ces pertes sont suivies d'un état anémique très accusé, avec recrudescence des douleurs abdominales.

Le 10 février apparition d'un écoulement sanguin peu abon-

dant qui dure trois jours. Depuis ce temps plus d'hémorragie.

Examen le 26 février 1903. — Le toucher combiné au palper fait percevoir le col en haut et à droite, ainsi qu'une masse rénitente bombant dans le cul-de-sac postérieur.

Cette masse remonte dans l'abdomen 5 centimètres au-dessus du pubis du côté gauche et dans la fosse iliaque droite atteint la hauteur de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Il est difficile d'en séparer l'utérus.

Diagnostic. — Double annexite due probablement à la rupture d'un petit œuf de grossesse tubaire.

Le 9 mars la malade fait une hémophysie avec 38° sans présenter de signes stéthoscopiques.

Le cœur est bon, les urines normales. M. Pinard pose les indications d'une intervention chirurgicale.

Opération le 11 mars 1903. — M. Segond, Chloroforme.

A l'ouverture du ventre apparaît une grosse masse bilatérale formant corps avec l'utérus et dans laquelle annexes et utérus sont confondus.

En essayant de décortiquer la masse droite, une poche remplie de pus et de sang se rompt en dégageant une odeur extrêmement fétide. M. Segond pratique l'hystérectomie en laissant une partie du segment inférieur de l'utérus.

Drainage abdomino-vaginal. Cinq drains plongent dans l'abdomen entourés de gaze iodoformée. Cinq pinces assurent l'hémostase qui ne saurait être efficacement réalisée dans ces conditions avec des ligatures, et aussi pour assurer à l'intervention un minimum de durée que commande l'affaiblissement de la malade.

Suture de la paroi en un plan seul au fil d'argent.

Un fil d'attente est placé en bas.

Suites opératoires. — Parfaites.

Ablation des pinces après quarante-huit heures.

Les drains sont enlevés deux par deux ; les deux derniers au bout de neuf jours.

Le drain abdomino-vaginal est enlevé le dixième jour.

Les suites médiates furent normales.

La malade sort entièrement guérie le vingt-neuvième jour.

Observation 7

Annexite double suppurée. Hystérectomie abdominale supra-vaginale. Hémostase par pinces à demeure. Guérison.

Mme A..., 39 ans, concierge entrée le 24 octobre 1910 au Pavillons Osiris à la Salpêtrière. Service de M. le Professeur Segond.

La malade entre à l'hôpital pour des lésions salpingiennes.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Menstruations régulières de trois à cinq jours de durée depuis l'âge de 13 ans. Pas de maladies infectieuses.

A 16 ans, apparition de pertes blanches se manifestant dans l'intervalle des règles. Elles persistent encore.

Mariée à 22 ans la malade accoucha l'année suivante d'un garçon. Trois jours après l'accouchement : phlébite qui nécessite un repos au lit de six semaines.

L'infection des voies génitales dont la phlébite était la signature ne tarda pas à se manifester plus gravement. Bientôt la malade ressentit dans tout l'abdomen des douleurs d'abord espacées puis continues, s'accompagnant de vomissements, le

tout avec ballonnement du ventre, constipation et élévation thermique à 39°.

Cette première crise dura trois semaines environ.

En 1901 nouvelle poussée de pelvi-péritonite analogue de tous points à celui de 1825.

En 1902. *Id.*

Chacune de ces poussées immobilisait la malade deux ou trois semaines ; la santé étant très bonne dans l'intervalle.

En 1910 la malade fit deux nouvelles poussées douloureuses une en janvier, une en octobre.

La malade entre à l'hôpital.

Histoire de la crise, octobre 1910. — Le 22 octobre, vaquant à ses occupations, la malade ressentit dans le côté gauche du bassin une douleur extrêmement violente « en coup de poignard » à la suite de laquelle apparurent des vomissements.

Le ventre se ballonne et la température atteint 39°5, la malade est en proie à des sueurs très abondantes.

Ces symptômes persistaient un peu plus d'une semaine, puis sous l'influence du traitement s'amendaient jusqu'à disparaître complètement, sauf toutefois la douleur.

Vers le 15 novembre, pour la première fois la malade remarqua du pus dans ses selles. Ce fait s'est renouvelé depuis 10 ou 15 fois sans que la malade en ressente d'ailleurs quelque incommodité.

La malade n'a jamais eu ni pyurie ni hématurie mais longtemps elle a souffert à la fin de la miction, ajoutons que les règles ont toujours présenté leurs caractères habituels.

Etat actuel. — La température normale le matin présente le soir une légère élévation qui ne dépasse pas 38°.

L'abdomen légèrement ballonné est extrêmement douloureux à la palpation surtout à gauche.

Le toucher combiné fait sentir dans le petit bassin l'utérus complètement immobilisé par deux masses latérales dont la présence empâte les culs-de-sac latéraux.

La masse gauche est très volumineuse, remontant presque jusqu'à une ligne horizontale passant par les deux épines iliaques antéro-supérieures.

A droite la tuméfaction est beaucoup moins considérable.

Cet examen est très douloureux.

Le toucher rectal n'a pas été fait. La malade perd toujours du pus dans ses selles.

L'état général est très médiocre. La malade a beaucoup maigri dans les dernières semaines qui ont précédé l'opération.

Intervention le 28 janvier, M. le Professeur Segond, A. de Martel.

Incision ombilico-pubienne.

Le péritoine ouvert, on aperçoit l'épiploon adhérent à la masse tubo-ovarienne gauche. Une anse grêle est adhérente à la face postérieure du ligament large correspondant.

Le ventre protégé par des champs opératoires, l'épiploon et l'intestin sont libérés et on essaye de dégager la poche salpingienne gauche qui se rompt. On pratique alors un américain de gauche à droite. Des pinces sont placées sur les pédicules. Ceux-ci sont constitués par des tissus infectés depuis longtemps et extrêmement friables. On décide alors de laisser les pinces à demeure.

La paroi postérieure du col utérin et le vagin sont incisés alors verticalement et on établit un drainage vaginal (un gros

drain, une mèche). Deux gros drains sont placés dans le cul-de-sac du Douglas.

Le grand épiploon est attiré au-devant de la masse intestinale.

La masse des pinces et le drain sortent par l'angle inférieur de la plaie.

Cinq fils d'argent ferment l'angle supérieur.

L'intervention n'a pas duré vingt minutes.

Suites opératoires. — Elles furent remarquablement simples. La température ne dépassa pas 37°5 sauf le soir du second jour où elle atteignit 38°4. Les pinces et un des drains abdominaux furent retirés le soir du deuxième jour.

Le sixième jour le drain vaginal est enlevé ainsi que les mèches. On laisse le dernier drain abdominal.

A partir de ce moment la cicatrisation de la plaie abdominale se fit avec une assez grande rapidité et le 12 mars la malade quittait l'hôpital entièrement guérie.

Le ventre était souple et indolore, parfaitement solide. La partie inférieure de la plaie était comblée par un tissu de cicatrice extrêmement solide. En faisant asseoir la malade, on ne percevait nul écartement de ses muscles grands droits.

Observation 8

Double annexite suppurée. Hystérectomie subtotale. Hémostase par pinces à demeure. Guérison.

Mme X..., 45 ans, entre en janvier 1911 à la maison de santé.

Depuis cinq ans, elle souffre continuellement d'une métrite très tenace.

En août 1910, se produit une nouvelle infection des voies

génitales caractérisée par le syndrome abdominal douloureux de la pelvi-péritonite sans collection bien nette perceptible par le vagin : le ventre est tendu, douloureux, la température élevée, le pouls rapide.

La malade est aussitôt laissée au repos absolu, au lit, avec glace sur le ventre.

Pendant quatre mois, malgré ce traitement, l'état reste stationnaire. Tous les soirs la température oscille entre 38°5 et 39° ; le matin elle s'abaisse à 37°2.

Plusieurs examens pratiqués à quelques semaines d'intervalle montrent que les lésions n'ont aucune tendance à régresser. De plus à partir du commencement de janvier 1911 la malade maigrit et se cachectise lentement. Le cœur, les poumons, les reins sont en bon état.

Intervention le 31 janvier 1911. — M. Segond. A. Riberol Chl. Deniker.

Après laparotomie ombilico-pubienne et le péritoine ouvert les lésions se présentent avec l'aspect suivant :

L'utérus dont la face antérieure est libre est refoulé en totalité à droite de la ligne médiane par une énorme masse salpingienne gauche du volume des deux poings.

A droite la trompe est augmentée de volume et présente les dimensions d'une mandarine.

Des deux côtés les anses grêles adhèrent aux pyosalpinx surtout à droite. Elles sont prudemment libérées, refoulées dans le ventre et la cavité abdominale soigneusement séparée du pelvis par des champs.

Une pince à abaissement est appliquée sur le fond de la matrice et on commence par libérer le côté droit, mais la poche salpingienne très adhérente se rompt et se vide du pus qu'elle

contenait. Les annexes droites sont décollées et ont fait un américain atypique de droite à gauche. La poche gauche est remplie d'un pus d'une horrible fétidité, elle en contient au moins 200 grammes. Les tissus périutérins, les poches kystiques sont transformées en tissu lardacé, blanchâtre ; elles présentent des connexions très résistantes avec les parois pelviennes. Le petit bassin détergé du magma purulent qui l'emplissait laisse apercevoir dans le fond de sa cavité le rectum rougeâtre, tomenteux, couvert par endroits de fausses membranes et dépouillé de sa séreuse sur une grande partie de son étendue.

Les pinces mises sur les pédicules utéro-ovariens, utérins, sur les débris saignants des poches kystiques, sont laissées en place.

Drainage vaginal par un gros drain et deux mèches. Le grand épiploon est attiré au-devant des intestins.

Les pinces au nombre de 10 sortent par l'angle inférieur de la plaie abdominale. Elles sont soigneusement isolées par des compresses des bords de la plaie abdominale.

Fils d'argent dans le reste de la plaie. Deux drains abdominaux plongent entre les pinces.

Temps de l'intervention : vingt-sept minutes.

Suites opératoires. — Furent bonnes dans leur ensemble.

Les pinces enlevées le troisième jour, la cicatrisation de la plaie abdominale se fit normalement.

Le lever de la malade fut retardé par l'apparition au bout de la première semaine d'une large eschasse sacrée, médiane qui, d'ailleurs, ne provoqua aucune autre complication que sa présence. Pansée par les moyens habituels, sa cicatrisation ne subit aucun retard et elle était complètement guérie quand

la malade quitte la maison de santé quarante-cinq jours environ après l'intervention.

Cette malade a été revue par nous dans le courant du mois de novembre 1911. Son aspect et méconnaissable. Elle a engraissé. Son teint est excellent. Elle a retrouvé une vigueur nouvelle et son ventre ne la fait pas souffrir malgré un léger écartement des muscles grands droits de l'abdomen.

Observation 9

Gros kyste ovarique gauche.
Double kyste intraligamentaire suppuré.
(Observation due à l'amabilité de notre collègue Pascalis.)

Mme L..., 39 ans, entre dans le service de M. le Professeur Segond à la Salpêtrière.

Cette malade présente une volumineuse tumeur abdominale paraissant indépendante de l'utérus. Elle remonte bien au-dessus de l'ombilic et paraît, en arrière, dédoubler la cloison recto-vaginale.

La date d'apparition des premiers symptômes est assez difficile à préciser mais depuis plusieurs mois la défécation est devenue difficile et la station debout rapidement fatigante.

Intervention. — 30 mars. Pascalis.

Incision médiane ombilico-pubienne dépassant même l'ombilic.

Aussitôt le péritoine incisé, apparaît la tumeur principale. Elle a refoulé l'utérus en avant et à droite et présente des connexions avec la corne utérine gauche. Ces adhérences sont rapidement détruites ; le kyste est énucléé, deux pinces placées sur son pédicule et celui-ci sectionné.

En arrière de l'utérus on aperçoit alors deux kystes situés dans l'épaisseur des ligaments larges. Le feuillet antérieur du ligament large droit est incisé et le kyste énucléé sans difficulté.

On procède de même à gauche mais le kyste suppuré se rompt *inondant de pus tout le petit bassin.*

L'intervention est terminée par une hystérectomie supra-vaginale. Les pinces laissées en place sont serrées à fond, les prises vérifiées. Le grand épiploon est étalé devant les intestins. Entre ce qui reste des feuillets des ligaments larges existe une vaste cavité suintante dans laquelle on introduit 5 mèches.

Quatre autres mèches sont introduites dans le cul-de-sac de Douglas et un gros drain avec elles.

La plaie abdominale est suturée au fil de bronze dans toute sa partie supérieure.

En bas les pinces sont soigneusement isolées des lèvres de la plaie par des compresses.

Pansement.

Suites opératoires. — Le deuxième jour on enlève le drain et 3 des mèches du Douglas. Le lendemain les pinces sont retirées. Les dernières mèches sont enlevées le sixième jour. La convalescence ne fut troublée que par un seul incident. La malade présenta le matin du troisième jour un vomissement noirâtre contenant du sang. Après un lavage d'estomac rien ne se produisit de nouveau.

La cicatrisation de la plaie se fit très rapidement pendant les premiers jours; beaucoup plus lentement dans la suite et c'est seulement dans les premiers jours du mois du juin qu'elle était complètement terminée.

La malade que nous avons revue à cette époque se portait très bien.

Localement la cicatrice linéaire en haut était à peine large de 2 centimètres dans la partie correspondant à l'émergence des pinces. La paroi abdominale paraissait très solide. Le ventre était souple dans toute son étendue et la malade douée d'une énorme corpulence avant son opération avait recouvré sa mine florissante qui, à vrai dire, ne lui avait jamais manqué.

Observation 10

Kyste ovarique intraligamentaire droit, suppuré. Décollation antérieure. Pinces à demeure. Guérison.
(Inédite due à l'obligeance de T. de Martel.)

Mme X..., 25 ans, entre dans le courant de mars à la maison de santé.

Cette malade souffre beaucoup du ventre surtout à l'époque de ses règles. Depuis deux mois environ elle présente tous les soirs une température élevée 38°5. Après six semaines de repos au lit, glace sur le ventre, elle présente encore le soir 38°5.

Examen. — Au toucher combiné, on sent dans le côté droit du petit bassin une très grosse masse refoulant l'utérus à gauche comblant le cul-de-sac latéral et le cul-de-sac antérieur, remontant jusqu'à deux travers de doigt de l'ombilic. Cette masse est complètement immobilisable et l'utérus complètement fixé.

Il y a de plus des troubles très marqués du côté du fonctionnement de l'intestin. Constipation opiniâtre avec ballonnement du ventre, indiquant une compression certaine du gros intestin.

Intervention 20 mars 1911. — Longue incision allant de

la symphyse à l'ombilic. Après l'ouverture du péritoine et mise en place d'une valve sus-pelvienne, les lésions du petit bassin se présentent avec l'aspect suivant :

L'utérus refoulé en entier à gauche de la ligne médiane est recouvert dans sa plus grande partie par une masse arrondie violacée. Cette masse adhère en avant à la vessie, à droite au péritoine de la paroi antérieure de l'abdomen, à gauche au gros intestin.

De Martel réussit cependant à pratiquer au doigt un orifice entre le bord droit de l'utérus et la masse kystique par où il peut passer une pince et étreindre l'utérine droite. Idem à gauche. Il pratique alors une décollation antérieure.

Les annexes gauches très adhérentes sont libérées et enlevées. Il revient alors à la masse principale. Il s'aperçoit alors qu'elle est constituée de deux parties : une supérieure, solide, adhérente à l'intestin ; une inférieure kystique.

Après libération des adhérences avec le péritoine pariétal deux grands clamps sont placés sur le ligament large qu'on réussit à tendre en tirant légèrement sur la masse principale. Section du ligament large. La tumeur est enlevée. Quelques pinces sont mises sur des vaisseaux qui donnent entre le pédicule utérin et le pédicule utéro-ovarien. Devant la friabilité des tissus et le nombre des ligatures à poser, de Martel se décide à laisser les pinces à demeure. Une compresse est glissée dans l'angle inférieur de la plaie abdominale ; deux autres latéralement isolent les pinces des bords de la plaie abdominale.

Les pinces réunies en faisceau émergent à l'angle inférieur. Dans leur intervalle on place un gros drain n° 60.

Trois fils d'argent réunissent le reste de la plaie.

Les suites opératoires se montrent particulièrement simples.

La température reste entre 37° et 37°5, le pouls entre 70 et 80, l'état général est très bon.

Les pinces sont enlevées après trois jours pleins.

Les mèches le sont le cinquième jour. Au moment la plaie abdominale très rétrécie.

L'examen de la pièce montre qu'il s'agit d'un kyste ovarique développé dans le ligament large, droit et suppuré.

Cette malade revue par de Martel en janvier 1912 présentait un ventre bien souple et une cicatrice parfaitement solide sans la moindre menace d'éventration.

Observation 11

Gros kyste multiloculaire de l'ovaire. Gros fibrome utérin. Hernie ombilicale. Hystérectomie abdominale totale. Hémostase au moyen de pinces à demeure. Guérison. (Due à l'obligeance de M. le Professeur Segond.)

Mlle X..., 60 ans, entre à la maison de santé le 6 mai 1911 pour une énorme tumeur abdominale.

Ses antécédents ne présentent rien de particulier. Elle a toujours été normalement réglée jusqu'à 50 ans environ.

Depuis une quinzaine d'années on remarque que son ventre augmente de volume.

Appelé au début de 1911 son médecin, le Dr L..., constate l'existence d'une tumeur abdominale qu'il diagnostique : kyste ovarique.

Depuis le début de février la tumeur a pris un développement énorme et tel que malgré l'embompoint de la malade il est devenu très rare de voir un abdomen aussi distendu.

Intervention 9 mai 1911. — M. le professeur Segond. Aide : Sorel. Chloroforme : Deniker (appareil de Roth-Dræger).

Une petite incision ombilicale et sous-ombilicale amène immédiatement dans un sac herniaire déshabité. On l'agrandit en bas et la paroi du kyste se présente immédiatement. Le kyste est ponctionné et vidé d'une grande quantité de liquide clair, presque citrin.

Le trocart rencontre une seconde poche kystique à contenu colloïde qui s'écoule plus difficilement.

Peu à peu la poche kystique, énorme, est attirée au-dehors, une pince est mise sur le pédicule et celui-ci sectionné.

Le kyste enlevé, on voit apparaître l'utérus. Il est de la grosseur d'une tête de fœtus et sa surface extérieure est bosselée de petits fibromes. On l'enlève par le procédé américain de gauche à droite.

Les pinces sont laissées à demeure.

La plaie abdominale est fermée au-dessus des pinces par trois fils d'argent prenant toute la paroi et deux fils « en paletot ».

Les pinces sont isolées des lèvres de la plaie par des compresses de gaze.

Un gros drain est placé entre les pinces et le pansement fait comme habituellement.

Suites opératoires. — Elles furent très simples. Les pinces furent enlevées le troisième jour les mèches le cinquième et au bout de vingt-cinq jours la plaie abdominale était complètement cicatrisée.

Nous avons eu des nouvelles de cette malade. Elle se porte très bien.

Observation 12

Annexite bilatérale ancienne avec adhérences intestinales chez une malade cachectique. Hystérectomie supra-vaginale. Pinces à demeure. Guérison. (Observation due à notre collègue et ami Pascalis.)

La malade Mme P..., 25 ans, couturière, entre le 23 octobre 1911 à la Salpêtrière, salle Lallemand n° 22, dans le service de M. le professeur Segond.

Antécédents héréditaires. — Mère neurasthénique. Rien d'autre à signaler.

Antécédents personnels. — Rougeole et coqueluche pendant la petite enfance.

A 10 ans, fièvre typhoïde suivie de complications qui retiennent la petite malade au lit pendant trois mois.

Réglée à 13 ans 1/2. La durée des règles a été de deux à trois jours. Jamais elles ne furent douloureuses, et ont toujours été normales comme époque.

En décembre 1906, à l'occasion de fatigues assez grandes, la malade ressentit, deux jours après la fin des règles, de violentes douleurs dans le côté gauche du ventre, avec irradiations dans les régions lombaires, fièvre et vomissements, le tout accompagné d'une constipation opiniâtre. La malade garde le lit pendant plusieurs jours. Un médcin consulté diagnostique une crise d'entérite aiguë. La malade raconte qu'à cette époque elle avait dans le côté gauche du ventre, une tumeur très douloureuse à la pression (?) Pendant trois semaines elle reste très constipée, vomissant tout ce qu'elle prenait. Au bout de ce temps survint une débâcle diarrhéique très abondante.

A la suite de cette crise douloureuse, la malade est mise au régime de l'entérocolite.

En janvier 1907, les règles arrivent avec deux semaines de retard sans être douloureuses ni plus abondantes. Depuis cette époque elles sont restées normales.

Dans le courant de l'année 1907 la malade recommence à travailler mais elle continue à souffrir du ventre et de la région lombaire gauche. Elle n'a pas de pertes blanches.

En 1908, continuation des mêmes douleurs.

En 1909, la malade continue à souffrir du ventre; ses selles sont très irrégulières, elle présente des alternatives de diarrhée et de constipation. Les matières contiennent des fausses membranes. Elle ne souffre pas de son petit bassin. Elle ne perd pas.

En 1910, au mois de février, la malade se marie. A partir de ce moment elle recommence à souffrir de courbatures, de maux de tête, le tout accompagné d'une grande faiblesse générale. Cet état se prolonge jusqu'au mois d'août. Durant ce temps, les règles ont été normales et la malade n'a eu aucune perte.

En août 1910, nouvelle poussée douloureuse du bas-ventre avec coliques violentes irradiant dans les régions lombaires.

Le malade souffre beaucoup en urinant.

Les règles survenant, à ce moment, sont normales. Un médecin consulté diagnostique une crise d'entérite et conseille des piqûres de morphine et le massage du ventre.

La malade reste trois semaines couchée avec une fièvre légère et de violentes douleurs dans le côté gauche irradiant dans les lombes.

En juin 1911 enfin, un médecin consulté diagnostiqua une salpingite bilatérale.

Cette malade souffrait en résumé d'une salpingite de vieille date contre laquelle le principal traitement institué fut plusieurs séries de piqûres de morphine.

En août 1911 notre collègue Pascalis la voit pour la première fois ; lui prescrit le repos absolu au lit avec glace sur le ventre : injections vaginales et rectales à l'eau très chaude.

Malgré ce traitement scrupuleusement exécuté, on ne constate au début d'octobre aucun changement dans l'état local. La malade, par contre, a maigri et pâli. La température est, tous les soirs, au-dessus de la normale. On se décide à l'intervention.

Opération le 28 octobre. — G. Pascalis. Aide, Th. de Martel.

Laparotomie médiane, sous-ombilicale.

Après ouverture du péritoine, le petit bassin apparaît recouvert d'une énorme masse intestinale que coiffe par endroits le grand épiploon.

Les anses grêles, l'épiploon sont libérés prudemment mais avec peine de la face antérieure de l'utérus.

Ce dernier est fixé solidement aux parois du petit bassin par de très fortes adhérences constituées par les annexes droite et gauche. Elles portent les traces d'une infection ancienne et virulente. Telles sont extrêmement adhérentes, remplies de pus.

Pascalis pratique la décollation *antérieure* après pincement des deux utérines. Les annexes droites sont extirpées de bas en haut et de dedans en dehors.

A gauche la libération est très laborieuse malgré que la masse soit abordée par son pôle inférieur. La difficulté tient

à ce que la poche salpingienne est extrêmement adhérente à l'S iliaque avec l'intérieur de laquelle elle communique d'ailleurs.

L'S iliaque elle-même est indurée dans toute son étendue et d'une friabilité telle qu'il est impossible de suturer la perforation par où s'écoule une certaine quantité de matières fécales.

Huit pinces sont laissées à demeure. Deux gros drains plongent dans le Douglas. Quatre compresses soigneusement disposées choisissent le petit bassin.

Suites opératoires. — Elles furent aussi simples que le permit l'établissement d'une fistule stercorale.

Les pinces furent enlevées le matin du troisième jour.

Observation 13

Double kyste suppuré des ovaires. Hystérectomie abdominale supravaginale. Hémostase par pince à demeure. Guérison.

(Observation due à l'amabilité
de notre collègue et ami Pascalis.)

Mme H..., 46 ans, entre le 20 février 1911 à la Salpêtrière, salle Lallemand, dans le service de M. le professeur Segond.

Il y a quinze ans, cette malade eut un enfant, actuellement très bien portant. Depuis cette époque pas de grossesse ni de maladie d'aucune sorte.

Le 1er décembre 1910 la malade fut prise sans cause apparente de violentes douleurs abdominales accompagnées de vomissements alimentaires.

Dans le cours de décembre ses règles apparurent et furent normales. Elles ne sont pas revenues depuis lors.

En janvier et février 1911, les douleurs persistèrent quoique atténuées et c'est un amaigrissement assez rapide qui décida la malade à entrer à l'hôpital.

Examen. — L'examen montre le petit bassin rempli par une masse volumineuse rénitente englobant l'utérus dont il est impossible de percevoir le fond par le palper abdominal combiné au toucher.

Le masse remonte au-dessus de l'ombilic et il est impossible de la mobiliser. Phénomènes de compression rectale et vésicale.

Etat général médiocre. La malade a beaucoup maigri, son teint est jaunâtre, De temps en temps, le soir, elle présente une élévation thermique allant jusqu'à 38°.

Intervention le 9 mars 1911. — Pascalis-Riberol.

Laparotomie médiane. Incision ombilico-pubienne.

L'utérus est fortement dévié à gauche.

De chaque côté, on voit deux énormes masses qui paraissent être des kystes du ligament large. Elles sont en effet coiffées par la trompe et le ligament rond.

A gauche l'intestin grêle adhère à la tumeur. Les adhérences sont libérées prudemment.

L'utérus est enlevé le premier sans difficulté.

Pascalis aborde ensuite la poche droite par sa face interne et son pôle inférieur ; malgré cette précaution elle se rompt inondant tout le petit bassin d'un pus extrêmement fétide. On tamponne le pus épanché.

La poche est décortiquée avec assez de difficulté.

Après son extirpation reste une large surface cruentée qu'il est impossible de recouvrir de péritoine.

Ablation de la poche droite.

Les pinces sont laissées à demeure. Un gros drain plonge dans le petit bassin. Des compresses sont disposées autour des pinces. Pansement.

Les suites opératoires ne furent troublées par aucun incident grave : sauf une rétention d'urine qui dura deux jours.

Les pinces sont enlevées le matin du troisième jour. Guérison complète vingt-huit jours après l'intervention.

Observation 14 (Résumée)

Annexite suppurée bilatérale. Utérus fibromateux. Hystérectomie totale. Hémostase par pinces à demeure. Guérison.

(Due à l'obligeance de M. Th. de Martel.)

Femme atteinte de salpingite suppurée bilatérale.

Le repos au lit pendant six semaines n'a pas amené l'amélioration ordinaire. La température oscille le soir entre 38° et 38°5 avec 115 à 120 pulsations.

Au toucher, on trouve deux volumineuses masses douloureuses remplissant le cul-de-sac postérieur et les culs-de-sac latéraux. L'utérus est gros et fibreux depuis longtemps. On ne peut en ce moment en estimer les dimensions par le palper en raison de la défense musculaire éveillée par le moindre contact de la paroi abdominale. L'hystérométrie montre qu'il a 18 centimètres de longueur.

Après avoir songé à pratiquer l'hystérectomie vaginale, j'y renonce à cause du volume de l'utérus.

Hystérectomie abdominale totale en suivant la technique de mon maître, M. le professeur Segond. Après laparotomie médiane ombilico-pubienne, un grand clamp droit est placé

sur toute la hauteur du ligament large en dehors des annexes transformées en volumineuses poches purulentes adhérant intimement à l'utérus.

Section des ligaments larges en dedans des pinces. A ce moment malgré les précautions prises les deux poches se rompent.

Puis parallèlement à chacun des clamps placés, en dedans et au-dessous d'eux, contre le col utérin, empiétant un peu sur le vagin deux clamps à mors courts pincent les utéro-vaginales. Section aux ciseaux des insertions cervicales du vagin.

L'opération est terminée ; elle a duré moins de quinze minutes.

Un gros drain est placé au fond du Douglas. Quatre compresses en avant, en arrière et sur les côtés séparent les pinces de la vessie et des intestins. Trois fils de bronze ferment la partie supérieure de l'incision.

Les pinces sont enlevées au bout de quarante-huit heures. Le drain au bout de trois jours ; les mèches le sixième jour.

La température s'est constamment maintenue autour de 37°.

Pendant les deux jours qui ont suivi l'opération, le pouls est resté à 120 pulsations. Il est tombé à 80 après l'ablation des pinces.

La cavité laissée par l'emplacement des pinces, du drain et des mèches s'est assez vite comblée.

Le douzième jour des matières fécales se sont écoulées en abondance par la plaie abdominale. Cet écoulement a duré trois semaines.

Actuellement (fin novembre 1911) la fistule stercorale est guérie. La partie inférieure de l'incision est complètement

cicatrisée. Il n'y a pas menace d'éventration. La malade a engraissé de 6 kilogrammes.

Observation 15 (Résumée).

(Due à l'obligeance de Th. de Martel.)

Annexite bilatérale suppurée. Ouverture dans le rectum. Hystérectomie abdominale supra-vaginale. Hémostase par pinces à demeure. Guérison.

Malade atteinte de salpingite suppurée.

Il y a deux ans, ouverture d'une poche dans le rectum.

En 1911 (août) nouvelle crise très violente avec température à 40°. Pouls à 130.

Le toucher fait reconnaître dans le cul-de-sac du Douglas une volumineuse collection qui s'est ouverte dans le rectum. Malgré cette ouverture la température persiste ; tous les soirs elle oscille entre 38°5 et 39°.

Laparotomie.

Ablation de l'utérus et des annexes qui forment un bloc informe. Deux grands clamps sont placés latéralement entre la masse salpingienne et la paroi. Section aux ciseaux. Dans ce moment une poche se rompt.

Deux clamps à mors courts sont placés sur ce que le doigt reconnaît pour être le col utérin. Un drain. Quatre mèches isolant les pinces de la vessie et de l'intestin.

Fermeture de la partie supérieure de l'incision par trois fils de bronze.

Guérison sans incidents. Les pinces sont enlevées le troisième jour.

L'opération ne date que d'un mois. La cavité laissée par la présence des pinces est très rétrécie mais non entièrement comblée.

Observation 16

Double annexite suppurée avec pelvi-péritonite ancienne. Deux colpotomies antérieures. Hystérectomie supra-vaginale. Appendicectomie. Hémostase par pinces à demeure. Guérison.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Segond.)

Mme de V..., 30 ans, a toujours été bien portante jusqu'à la maladie actuelle.

Mariée en 1900 elle eut dans les sept années qui suivirent son mariage six grossesses qui toutes se terminèrent par des accouchements à terme et spontanés. Les six enfants sont tous vivants et très bien portants.

En 1909 première crise de pelvi-péritonite qui survient après un curettage? Une colpotomie amène la fin des accidents et la malade peut se croire guérie. L'année 1910 et les neuf premiers mois de 1911 se passent sans encombre mais en septembre 1911 on assiste à la réapparition du tableau clinique de 1909. Douleurs abdominales très violentes, ballonnement du ventre, nausées, vomissements ; température atteignant 40°.

En novembre 1911 nouvelle colpotomie pratiquée d'urgence. Elle donne issue à 1 litre au moins de liquide purulent et fétide.

Malgré que le drainage du pelvis se fasse dans de bonnes conditions, la malade continue à souffrir et à présenter de la fièvre.

Le ventre est souple mais le toucher vaginal montre un utérus gros englobé entre deux masses salpingiennes d'inégal volume ; la plus grosse se trouvant à gauche.

L'orifice de colpotomie laisse encore suinter un peu de liquide. La malade maigrit, se cachectise lentement. Une intervention est décidée. M. le Professeur Segond décide de pratiquer une laparotomie. On a en effet des doutes sur l'intégrité de l'appendice dont la malade paraît avoir souffert pendant ses grossesses.

Opération le 17 novembre 1911. — M. le professeur Segond. Aide : Desjardins. Chloroforme Deniker (Roth-Drager).

Laparotomie médiane.

Après ouverture du péritoine, le petit bassin apparaît rempli d'une masse volumineuse au-dessus de laquelle les anses intestinales et le grand épiploon forment un dôme régulier

Après libération prudente des adhérences unissant le grand épiploon à l'intestin et au péritoine pariétal, les annexes apparaissent. L'utérus est repoussé en haut par leur masse qui est surtout constituée aux dépens de la trompe gauche. Celle-ci est kystique, remplie de pus, extrêmement adhérente aux parois pelviennes.

La décortication débute à droite. De ce côté elle est relativement facile car c'est aux dépens de la trompe droite que s'est constituée la poche purulente principale évacuée par la dernière colpotomie.

L'utérus est sectionné chemin faisant et on termine par l'ablation de la poche gauche qui se rompt pendant les manœuvres d'ablation.

Les pinces mises sur les pédicules sont laissées en place

le petit bassin est nettoyé et tamponné avec quelques compresses.

Les mains sont lavées et l'appendice tuméfié est enlevé.

Quatre fils d'argent sont placés et une mèche isole le faisceau des pinces de la paroi postérieure de la vessie.

L'opération a duré en tout vingt-cinq minutes.

Six pinces sont laissées à demeure.

Suites opératoires. — Les pinces sont enlevées le matin du quatrième jour, les deux mèches le lendemain.

Les fils le furent après neuf jours pleins.

La convalescence semblait devoir marcher rapidement quand le douzième jour il se fit dans la partie droite de la cicatrice un petit abcès sous-musculaire qui fut évacué et drainé.

Le 21e jour après l'opération l'orifice des pinces et du drain admettait à peine 4 centimètres d'une mèche très fine et le drain de l'abcès pouvait être retiré sans inconvénient.

La malade se lève le trentième jour après l'opération. La cicatrice est très solide. Elle mesure 12 centimètres de longueur.

L'état général est redevenu excellent.

Observation 17.

Epithéliome du col utérin chez une parturiente à terme. Opération césarienne au début du travail. Hystérectomie abdominale totale. Hémostase par pinces à demeure. Guérison.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Segond.)

Mme X..., multipare de 30 ans, est enceinte de huit mois. Je vois la malade, en consultation avec la douleur W..., au début de janvier. On constate l'existence d'un épithéliome

ayant envahi les deux lèvres du col utérin et ne s'étendant pas encore aux parois vaginales.

Nous conseillons l'entrée immédiate dans une maison de santé, avec l'intention d'attendre quelques jours encore avant d'intervenir chirurgicalement.

L'apparition brusque des premiers signes de travail nous force la main dans la soirée du 25 janvier et après avoir pris l'avis obstétrical de mon collègue M. Rudaux qui pense comme nous qu'il est impossible de compter sur la dilatation du col, j'interviens chirurgicalement à deux heures du matin dans la nuit du 25 au 26 janvier.

Opération. — Anesthésie au chloroforme.

Incision césarienne.

Extraction d'un enfant viable et bien conformé (sexe masculin).

Puis hystérectomie abdominale totale.

Le cancer était plus étendu que nous ne le supposions et malgré les précautions prises, une déchirure utérine s'oppose à l'extirpation en bloc. J'arrive cependant à réaliser l'ablation de toutes les parties malades et d'une collerette vaginale saine de trois centimètres. Bien qu'il n'y ait pas eu de perte de sang appréciable et que l'acte d'ablation n'ait pas duré plus de 15 à 20 minutes, la petitesse du pouls et la pâleur de la patiente me font opter pour l'hémostase par forcipressure.

Je laisse donc à demeure les six pinces mises en plan au cours de l'intervention et je termine comme j'ai coutume de le faire en pareil cas (suture de la paroi abdominale par un seul plan de fils d'argent et large drainage abdomino-vaginal).

Ablation des pinces au troisième jour.

Suites opératoires normales.

Le 17 mars, le bébé reste sans doute chétif mais on conserve cependant l'espoir de l'élever. Quant à Mme X..., elle est en parfait état tant au point de vue local qu'au point de vue général.

CONCLUSIONS

I. — En chirurgie abdominale, l'emploi de la forci-pressure prolongée, comme moyen d'hémostase, constitue un procédé qui peut dans certains cas rendre les plus grands services.

II. — C'est surtout dans la chirurgie utéro-annexielle qu'on pourra y avoir recours mais cette manière de faire peut être avantageuse dans bon nombre d'autres interventions abdominales (plaies et tumeurs du foie, néphrectomies).

III. — Les indications de ce mode d'hémostase sont discutées et par conséquent variables avec les cas particuliers.

D'une manière générale, on peut cependant dire que la méthode trouve sa justification !

a) Dans l'état général du malade, nécessitant la terminaison rapide de l'intervention, que cet état général soit depuis longtemps mauvais ou qu'il s'aggrave rapidement au cours de l'opération.

b) Dans la nature des lésions (suppuration abondante du petit bassin ; friabilité particulière des tissus) ; d'où difficulté de placer des ligatures.

IV. — Les pinces seront laissées en place suivant les cas deux ou trois jours.

V. — Dès leur ablation, la plaie abdominale se rétrécit avec une extrême rapidité. On y conservera un drain le temps nécessaire ;

Habituellement, la cicatrisation est complète vingt à vingt-cinq jours après l'opération.

VI. — La solidité de la paroi abdominale n'est en rien compromise par la mise en œuvre du procédé et les menaces ultérieures d'éventration sont nulles.

VII. — Cette manière de terminer une intervention n'est évidemment qu'un expédient, mais on a là une manière de procéder qui offre des avantages trop évidents pour qu'il soit permis de les méconnaître.

Ces avantages peuvent se réunir de la manière suivante :

Rapidité de l'intervention et par conséquent diminution notable du shock opératoire.

Sécurité incontestable de l'hémostase.

Absence de fils perdus susceptibles de l'infecter secondairement ainsi qu'il est difficile de l'éviter dans les interventions pour lésions suppurées.

Large drainage du petit bassin.

Vu et approuvé :
le Président de thèse,
SEGOND

Vu le Doyen :
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer,
le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD

TABLE DES MATIÈRES

Pages

Avant-Propos 9

Résumé historique de la forcipressure. 18

Critique générale de la méthode d'hémostase par pinces a demeure en cas d'interventions abdominales . 34

Rapidité de l'acte opératoire et diminution notable du shock 35

Suppression de toute ligature perdue 36

Large drainage du petit bassin 37

Rareté des éventrations 39

Péritonisation. Adhérences douloureuses, etc. . . . 42

Technique générale 45

Observations. 51

Conclusions 93

MAYENNE, IMPRIMERIE CHARLES COLIN